



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Governabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau:
Oportunidades e Desafios da Governança para a Promoção dos
Cuidados de Saúde Primário na Guiné-Bissau

Etelvina Vaz Djatá

Mestrado em Administração Pública

Orientadora:

Doutora Maria Asensio Menchero, Professora Associada Convidada,
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021

iscte

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento Ciência Política Políticas Públicas

Governabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau:
Oportunidades e Desafios da Governança para a Promoção dos
Cuidados de Saúde Primário na Guiné-Bissau

Etelvina Vaz Djatá

Mestrado em Administração Pública

Orientadora:

Doutora Maria Asensio Menchero, Professora Associada Convidada,
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021

AGRADECIMENTO

Aos meus queridos pais, Dr. Paulo Djabatá e Maria A. V. S. Djabatá, por tantos ânimos na busca de bem-estar das/os suas/eus filhas/os, referências memoráveis.

Permanece aqui a distinção da minha gratidão: à minha orientadora Professora Doutora Maria Asensio Menchero, pela sapiência, firmeza no trabalho e perseverança, aspetos indispensáveis para o êxito deste trabalho e ao meu marido Mestrando Maquilo Baldé.

Aos meus professores; irmãos/as, primos/as, tios/as, designadamente (Eudesa L. V. Djabatá, Valéria M. V. Djabatá, Luís T. S. Cordeiro...), por me terem encorajada durante todo o tempo do meu estudo em Lisboa; as minhas amigas/os, especialmente (Naziana M. I. Ié, Milena Fernandes, Líticia Cabral, Chilianha Nhaga...), e, à minha querida filha, Zayna Áminah Baldé que me recheou de regozijo.

RESUMO

O conjunto de atividades cujo objetivo primário é a promoção, restauração e manutenção da saúde de uma população é designado como Sistema de Cuidados de Saúde. Nesta senda, decidimos abordar este tema na presente dissertação.

Dada a ausência/insuficiência do tratamento do aludido objeto no setor sanitário guineense, tomámos a decisão de proceder à análise do tema em questão e de realizar um estudo deste cariz. Ao longo do presente estudo pretendemos cumprir os seguintes objetivos: estudar o papel da governança no desenho e implementação de políticas públicas na Guiné-Bissau; identificar as características, as condições de acesso e dificuldades no Sistema Nacional de Saúde guineense; analisar a perspetiva global da mortalidade materno-infantil com base em programas de saúde como o: programa nacional de luta contra o paludismo/malária (PNLP), programa nacional de luta contra a VIH/SIDA (PNLS) e o Programa nacional de luta contra a tuberculose (PNLT).

Ademais, pretendemos também observar as oportunidades e desafios que a implementação de uma estrutura de governança pode trazer ao Sistema Nacional de Saúde guineense.

Na sequência do acima exposto, importa ter em consideração o facto de a Guiné-Bissau ser um país marcado por fortes índices de instabilidade política e governativa. A existência de crises políticas constantes, a prevalência do partidarismo perante o nacionalismo e o fenómeno de “filiação partidária” são características que afetam direta e negativamente todos os setores que dependem direta ou indiretamente do decisor político.

Palavras-chave: Governança, Saúde Primária, Materno-Infantil, Oportunidades, Desafios.

ABSTRACT

The set of activities whose primary objective is the promotion, restoration and maintenance of the health of a population is designated as the Health Care System. In this way, we decided to address this theme in this dissertation.

Given the absence/insufficiency of the treatment of the aforementioned object in the Guinean health sector, we decided to proceed with the analysis of the subject in question and to carry out a study of this nature. Throughout this study, we intend to fulfill the following objectives: to study the role of governance in the design and implementation of public policies in Guinea-Bissau; identify the characteristics, access conditions and difficulties in the Guinean National Health System; to analyze the global perspective of maternal and child mortality based on health programs such as the National Program for the Control of Malaria/Malaria (PNLP), the National Program for the Control of HIV/AIDS (PNLS) and the National Program for the Control of Malaria tuberculosis (PNLT).

Furthermore, we also intend to observe the opportunities and challenges that the implementation of a governance structure can bring to the Guinean National Health System.

Following the above, it is important to take into account the fact that Guinea-Bissau is a country marked by strong indices of political and governmental instability. The existence of constant political crises, the prevalence of partisanship in the face of nationalism and the phenomenon of “party affiliation” are characteristics that directly and negatively affect all sectors that depend directly or indirectly on the political decision-maker.

Keywords: Governance, Primary Health, Maternal and Child, Opportunities, Challenges.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTO	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. GOVERNANÇA NA SAÚDE	4
1.1. Rede de Serviço de Saúde Pública.....	4
1.2. Rede de Cuidados de Saúde Primários.....	6
1.3. Saúde Comunitária.....	9
1.4. Qualidade em Saúde.....	10
2. GOVERNANÇA NA GUINÉ-BISSAU	11
2.1. Deficiência Governativa.....	12
2.2. Causas.....	13
2.3. Consequências.....	14
CAPÍTULO II- METODOLOGIA	16
CAPÍTULO III: ANÁLISE EMPÍRICA	19
3.1. Estado de Saúde em África.....	19
3.2. Estado de Saúde na Guiné-Bissau.....	20
3.2.1. Mortalidade Materno Infantil.....	22
3.2.2. VIH/SIDA.....	25
3.2.3. Tuberculose.....	27
3.2.4. Malária.....	30
CONCLUSÕES	38
ENTREVISTADOS	41
LEGISLAÇÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

LISTA DE FIGURAS:

Figura n.º 1.....24
Figura n.º 2.....28

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico n.º 1.....29
Gráfico n.º 2.....29
Gráfico n.º 3.....31
Gráfico n.º 4.....31
Gráfico n.º 5.....32
Gráfico n.º 6.....32
Gráfico n.º 7.....33
Gráfico n.º 8.....33
Gráfico n.º 9.....34
Gráfico n.º 10.....34
Gráfico n.º 11.....35
Gráfico n.º 12.....35
Gráfico n.º 13.....36
Gráfico n.º 14.....36
Gráfico n.º 15.....37
Gráfico n.º 16.....37

ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ANEME	Associação Nacional das Empresas Metalúrgicas e Eletromecânicas
APU-PDGB	Assembleia do Povo Unido - Partido Democrático da Guiné-Bissau
BAD	Banco Africano para o Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CECOME	Centro de Compra de Medicamentos Essenciais
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CRGB	Constituição da República da Guiné-Bissau
DENARP	Documento Estratégico Nacional de Redução da Pobreza
ENS	Escola Nacional de Saúde
ERS	Equipas Regionais de Saúde
UE	União Europeia
FG	Fundo Global
FMI	Fundo Mundial Internacional
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
INASAP	Instituto Nacional de Saúde Pública
MADEM-G15	Movimento para Alternância Democrática – Grupo dos 15
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIGC	Partido Africano a Indecência de Guiné e Cabo-Verde
PND	Partido Nova Democracia
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLP	Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PNLS	Programa Nacional de Luta Contra SIDA
PNLT	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
PNSC	Política Nacional de Saúde Comunitária

PNUD.....Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRS.....Partido de Renovação Social
RS.....Regiões Sanitárias
SAB.....Setor Autónomo de Bissau
SMI.....Saúde Materno-Infantil
SNS.....Sistema Nacional de Saúde
UM.....União para a Mudança
UNICEF.....Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOGBIS.....Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné
UNTG-CS.....União Nacional dos Trabalhadores Guineenses-central sindical
VIH/SIDA.....Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

INTRODUÇÃO

A República da Guiné-Bissau é situada no Hemisfério Norte, a aproximadamente meia distância entre o Equador e o Trópico de Câncer. No âmbito da sua localização em África, o país fica na costa ocidental, sendo delimitado: a Norte e Leste, pela República do Senegal; a Leste e Sul, pela República da Guiné-Conacri; e a Oeste, pelo Oceano Atlântico. O território continental é de 36, 125 km² e outra insular, que engloba o Arquipélago dos Bijagós, composto por 88 ilhas e ilhéus, das quais somente 17 são habitadas. O número total de habitantes é de 1.565.842, e população é composta por várias etnias: Balantas (cerca de 27%), Fulas (cerca de 23%), Mandingas (cerca de 12%); Manjacos de Cacheu (cerca de 11%), Papeis de Bissau (cerca de 10%) e, em menor quantidade, os Felupes, Baiotes, Mancanhas ou Brames, Biafares, Nalus e os Bijagós. Etariamente está estruturado assim: 0 – 14 anos: 43,44%; 15 – 64 anos: 54,50%; + 65 anos: 2,06%. Taxa de analfabetismo: 34,4%.

As principais religiões: Étnicas (animistas) – 44,9%, Islâmica (sunitas) – 41,9%, cristãos – 11,9% e outras (incluindo ateus) – 1,3%. Relativamente ao clima da Guiné-Bissau, o mesmo é tropical, embora marítimo e predominantemente húmido e quente (ANEME:9-10, 2018).

O sistema político é o semipresidencialismo, dividido administrativamente em 8 (oito) regiões e por 1 (um) setor autónomo (Bissau). As regiões estão, por sua vez, divididas em setores (37 no total) e estes em secções, compostas por tabancas (aldeias). A sua Capital é Bissau (com aproximadamente 431.082 habitantes), (ANEME:9-10, 2018).

No que diz respeito à saúde pública, esta é cada vez mais complexa dadas as fragilidades, dificuldades e carências patentes no Sistema de Saúde guineense. Com base neste cenário, exige-se a implementação de uma política estruturada de promoção de saúde que seja expansível a toda a comunidade na qual os serviços de saúde que sejam centrados nas pessoas.

Tendo a Guiné-Bissau 114 secções sanitárias, torna-se particularmente difícil o controlo e a satisfação das necessidades de toda a população em termos de saúde por parte do Ministério da Saúde Pública. Por esse motivo, a implementação de um modelo governança no sistema de saúde pode efetivamente melhorar a segurança sanitária e ainda evitar ameaças para a saúde pública, concretamente, epidemias como: paludismo/malária, tuberculose e HIV/SIDA. Tal só é possível através de medidas como o envolvimento e educação das comunidades, e a prescrição de um conjunto de funções necessárias à saúde pública.

Nessa perspetiva, a Guiné-Bissau carece de uma política de promoção de saúde, tendo também em conta que existem algumas zonas do país que não sentem a presença do Estado

em termos de saúde, não tendo acesso a cuidados sanitários, assim como a centros de saúde para a população residente na respetiva zona.

A implementação do modelo da governança no setor de saúde guineense é muito importante, porque potencia uma coordenação entre todos os atores promovida pelo Ministério da Saúde Pública para o alcance dos fins preconizados pelo Estado, isto é, o bem-estar da população guineense.

Para entendermos a organização do Sistema de Saúde temos que começar por compreender a organização do mapa sanitário e dos setores de prestação de cuidados de saúde. De acordo com o mapa sanitário referido no Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos (2017:S57), dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas urgentes subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). As 11 RS foram, desde sempre, divididas em 114 Áreas de Saúde (AS) (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas.

Entretanto, no que respeita aos setores de prestação de cuidados de saúde enunciados no mesmo plano estratégico, a sua composição é a seguinte: Setor público, patrimonial, contratual e operacional na dependência direta do Estado, composto por: Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP, Serviços de saúde militar na dependência do Ministério da Defesa e serviços de saúde prisionais sob o Ministério da Justiça; Setor convencionado, entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual aloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir); Setor privado, composto por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e postos de venda de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado; Setor tradicional, ainda por caracterizar.

Segundo Bá (2020), não existe um enquadramento estruturado que permita caracterizar o sector tradicional, pese embora o ministério tenha criado um serviço de promoção de medicina tradicional que está praticamente inoperacional por falta de meios, não sendo financiado pelo Estado e não existindo interesse por parte dos doadores em apoiar aquela área. O facto de não

existirem critérios que definam quem são praticantes de medicina tradicional e que permitam a distinção face aos que misturam plantas verdes e a espiritualidade, é algo que dificulta a caracterização do sector de medicina tradicional. Portanto, a presente dissertação está dividida em três capítulos, que descrevemos a seguir:

O Capítulo I dedicado ao enquadramento teórico a partir do qual foi desenvolvida a questão da governança na saúde com os respetivos *itens*, tendo como intuito a constatação oportunidades e desafios que a implementação de governança pode trazer no Sistema Nacional de Saúde guineense.

O Capítulo II incide sobre a metodologia adotada para analisar a problemática e da realidade vigente neste sector há mais de 20 anos. Neste capítulo, foram ponderados as oportunidades e os desafios para a promoção dos cuidados de saúde primários na Guiné-Bissau, com recurso as fontes secundárias (programas, relatórios, planos de saúde, recurso eletrónico, livros), assim como a um conjunto de fontes primárias (entrevistas).

Uma vez dissipadas as dúvidas que pairam em torno do tema em análise é nossa incumbência desenvolver uma análise empírica no Cap. III, no sentido de poder compreender o estado de saúde guineense, que passa pelo estudo da Mortalidade Materno-infantil, da VIH/SIDA, da Tuberculose e da Malária. Derradeiramente, como é natural, finalizamos a nossa investigação com a formulação de breves considerações finais e conclusões, com base no resultado das reflexões efetuadas ao longo da análise.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. GOVERNANÇA NA SAÚDE

1.1. Rede de Serviço de Saúde Pública

As propostas de redes de atenção à saúde não são novas, tendo a sua origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, que surgiram na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Por sua vez, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para Canada, até atingir, de seguida, alguns países em via de desenvolvimento (Mendes, 2009:113).

De acordo com o autor Reich & Cruz (1995 e 2007 *apud* Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos 2017:S60), depois do golpe militar de 1980, o regime militar perdurou até 1984, ano em que uma nova Constituição foi aprovada, tendo o país a um regime civil. A partir desse momento, teve lugar uma mudança política que criou oportunidades para reformas na RGB. Neste sentido, os diferentes setores, em especial a saúde, tornaram-se livres para o desenvolvimento de uma abordagem própria.

Nesta senda surgiu o primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I) orientado por princípios de consolidação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Por conseguinte, a execução do PNDS I ficou, por um lado, comprometida, mas, por outro, manteve o seu carácter de um plano estruturante, com orientações claras, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Nesse sentido, salienta o autor Fronteira et al., (2007 *Apud* Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos, 2017:S60), a avaliação do PNDS I feita em 2007 permitiu concluir que, de um modo geral, houve uma ligeira melhoria dos indicadores. Assim sendo, concluímos que os objetivos traçados pelo PNDS I, não tinham sido alcançados devido a: Instabilidade político-militar, instabilidade administrativa, existência de uma baixa contribuição por parte do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde (o que manteve a dependência quase total do exterior), e a fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil). A dificuldade nas concretizações da estratégia de descentralização impediu também que as regiões sanitárias (RS) tivessem autonomia de planificar e executar as respetivas atividades de forma autónoma. É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos

traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação.

Assim sendo, sustenta o PNDS II (2008-2017:09), que o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário foi enquadrado no DENARP I como um projeto de desenvolvimento socioeconómico, cujo propósito residia em assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de no período compreendido entre o ano de 2008 e o ano de 2017. No entanto, os condicionalismos associados à implementação do PNDS I, mantiveram-se idênticos na transição para o PNDS II. O pouco que se avançou foi orientado por um plano de operacionalização do PNDS II, preparado pelo MINSAP com o apoio dos parceiros República de Guiné-Bissau (2012 *apud* Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos, 2017:S60), para os redirecionar nas suas intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar que o esforço desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde (ENS) e pela Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar as metas do PNDS II para o número de enfermeiros e de médicos por 10 000 habitantes. Todavia, foram observados menos progressos em termos da governação, de infraestruturas e de equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersectorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência) observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas. (Ferrinho, 2015 *apud* Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos, 2017: S61).

Com tudo isso, em outubro de 2014 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde, da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento. Foi neste contexto que foram adotados os objetivos de desenvolvimento sustentável, que emergem da vontade e da necessidade de elaborar o PNDS III 2018-2022.

Entende Silva (2007) que cabe ao poder central a tarefa de garantir a sobrevivência do serviço de saúde pública e de se empenhar para o fortalecimento da coordenação e comunicação entre os diferentes atores e intervenientes em prol da defesa de saúde pública, designadamente, o serviço de saúde, outras entidades, serviços públicos e privados e a população em geral. A governança da saúde da população, como função primordial da rede de serviços de saúde pública, depende amplamente da capacidade de gestão da informação em saúde e da sua utilização para a fixação de decisões, assim como da introdução das medidas que se mostrem necessárias e adequadas à melhoria de saúde, estabilizando a sustentabilidade de angariação dos ganhos em saúde.

A autora salienta ainda a importância da assunção de uma posição da liderança por parte do

serviço de saúde pública de âmbito central, devendo o mesmo garantir a materialização de um conjunto de valores, ideias, factos e formas de gestão que interliguem a saúde coletiva e a visão estratégica centralizada na defesa de saúde da coletividade, que informem e garantam a execução da decisão política, que constituam o foco da direção geral da saúde, enquanto serviço de saúde pública nacional. Esta posição de liderança deveria ser sustentada a nível regional, cabendo-lhe a função principal de contribuir para definição da estratégia nacional e de desenvolver programas regionais de destaque, envolvendo todos os parceiros da saúde sem exceção, integrando a população por forma de garantir que o impacto das ações é o desejado pela mesma e que o Governo está cumprindo as suas tarefas.

Nos dias de hoje, com a importância que se atribui à saúde pública, a resolução dos problemas que a mesma enfrenta passa pela gestão e pela comunicação dos riscos existentes aos mais diversos níveis, tendo aqui particular relevância a atuação da direção geral da saúde. Como foi dito, os sistemas de informação e a eficácia da informação são elementos inevitáveis e absolutamente essenciais, sobretudo em situações que estão conectadas com a causa da saúde coletiva - para o seu controlo é inevitável a participação da população, por exemplo, caso Covid-19. (Silva, 2007).

1.2. Rede de Cuidados de Saúde Primários

Deixando de lado o estudo da rede de serviços de saúde pública, devemos centrar-nos agora nos cuidados de saúde primários, procurando o coevo escrito, visa essencialmente, demonstrar a existência de défices no país relativamente a este setor e identificar soluções que consideramos úteis para situações problemáticas atuais e vigentes na Guiné-Bissau. Neste contexto, o país apresenta grandes problemas que o presente estudo não estaria à altura de trazer à ribalta, razão pela qual nos ocuparemos de alguns problemas específicos, designadamente, a ausência de edifícios e dos seus respetivos equipamentos, a fraca assistência médica e medicamentosa, a ausência de unidades de saúde familiar. Para tanto, em jeito de resposta aos problemas levantados, Ramos (2007:53-54) sugere o seguinte:

Criar uma imagem – realidade para os cuidados de saúde primários, isto é, podem e devem ser a primeira imagem próxima, amigável familiar e eficaz do sistema de saúde dentro de uma determinada comunidade; uma nova organização por equipas multifuncional; a existência de um sistemas de gestão que combinem adequadamente a centralização e descentralização consoante os fins e os objetivos a prosseguir e os recursos envolvidos; sistema de informação e comunicação adequada; modos de participação e de envolvimento da comunidade, incluindo

voluntariado e outras formas de participação cívica nas atividades de promoção e proteção da saúde; sistema retributivo adequado para os profissionais incluindo sistema de incentivos á qualidade; criar um ambiente propicio ao desenvolvimento de interação humanamente amigável e favorável da promoção de saúde e de bem-estar, em detrimento espaço estressantes agressivos e desagradável.

Ora, um dos elementos indispensáveis aos cuidados de saúde primário é o da substituição da atual estrutura burocrática existente na Guiné-Bissau, por uma rede de serviços baseada em pequenas unidades (as unidades de saúde familiar). Banir a organização vertical em (“pirâmide”), substituindo-a por um modelo em “rede” de equipas autónomas e interdependentes, com gestão orientada para a obtenção de fins concretos e bem-estar da população.

Pese embora, existam alguns edifícios, o autor salienta a ideia segundo a qual os cuidados de saúde primários não poderão ser restringidos pura e simplesmente aos edifícios e aos equipamentos, é sendo necessário desenvolver uma rede socio-relacional com grande qualidade ligada ao sistema intersectorial de recursos de proximidade de cada comunidade, com ampla participação. O objetivo imediato na nossa perspetiva é a criação de condições básicas a nível nacional, nomeadamente, acesso a água potável, aos postos de saúde, centros de saúde, aos medicamentos, médicos qualificados e acessos às informações.

Por sua vez, afirma Harfouche (2008:65) que um cuidado de saúde especializado e altamente desenvolvido não poderá, só *per si*, resolver os problemas de saúde que dependem da ação comportamental, económica e social a nível da população, necessitando também da ação intersectorial para a promoção de saúde. Aliás, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, conhecida como Declaração de Alma-Ata, na sua recomendação n.º 4 enaltece o seguinte: “*É direito e dever de os povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde*”.

No que respeita ao acesso as informações, o Relatório do Diretor-Geral da Saúde (1999:43), sustenta que os sistemas de informação e a eficácia da informação são aspetos indispensáveis à política estratégica de saúde, sendo a informação uma pedra angular para a tomada de decisão em todos os assuntos. No entanto, esta é uma realidade complexa pela sua amplitude e os elementos nos quais o sistema deveria assentar implicam uma reflexão relativa à sua complexidade e, devendo existir uma interligação com outras disciplinas abrangentes. Por outro lado, é um instrumento fundamental para a concretização da política no setor da saúde e o seu desenvolvimento requer uma explicação adequada. Desta sorte, para fazer face às problemáticas

que se encontram no país, é necessária a observância de diferentes princípios, designadamente equidade, proximidade, qualidade, eficiência, correspondência, gratuidade, e a solidariedade (Política de Saúde Comunitário da Guiné-Bissau, 2008).

De acordo com Mendes (2009:127), as redes de atenção à saúde podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de alguns serviços com a dispersão de outros. De modo geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os de atenção primária de saúde, devem ser dispersos. Ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, tais como hospitais, e outros, devem ser concentrados.

A Organização Mundial da Saúde define sistema de cuidado de saúde como o conjunto de atividades cujo objetivo primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população no sentido de atingir os objetivos que se seguem: o alcance de um bom nível de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos mesmos; a provisão de serviços seguros e efetivos e a prestação de serviços eficientes. Os sistemas de atenção à saúde constituem resposta sociais, deliberadamente organizadas, para dar resposta a necessidades, demandas e preferências da sociedade. Nesta quadrilha, os serviços devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Mendes, 2009:87).

Na mesma perspetiva, a Declaração de Alma-Ata (1978) na sua recomendação n.º 6 salienta que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e

constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

1.3. Saúde Comunitária

Qualquer que seja Estado que tem como foco atingir o bem-estar social, terá necessariamente que atribuir um papel importante aos cuidados de saúde primários, tendo como base a saúde em casa, que deve ser visto como o ponto de partida de outros níveis de saúde, nomeadamente: a saúde primária e secundária. Neste contexto, a Guiné-Bissau, para alcançar a melhoria de qualidade ao nível da saúde da população, deve necessariamente estabelecer uma estreita ligação entre o modelo de atenção da saúde em casa com a saúde primária e secundária.

Relativamente à Política Nacional de Saúde Comunitária (PNSC), a mesma surgiu na conjuntura de uma política de saúde guiada por princípios como a consolidação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a melhoria do acesso aos serviços de saúde, da distribuição equitativa dos recursos, do funcionamento dos serviços e da qualidade da prestação de cuidados, a descentralização do sistema de saúde, a definição e desenvolvimento de uma política para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial “governar em rede” (Política de Saúde Comunitário da Guiné Bissau, 2008).

A política nacional das Intervenções à Base comunitária tem por objetivo:

- I. Otimização dos serviços e cuidados às populações na sua comunidade no âmbito do acesso universal ao serviço de saúde e tendo como perspectiva os Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento.
- II. A contribuição para a aplicação dos Cuidados de Saúde Primários tornando disponíveis, acessíveis geográfica e financeiramente os serviços e cuidados de boa qualidade, a ser oferecidos pelos Agentes de Saúde Comunitários qualificados com apoio dos profissionais de Saúde.
- III. O fortalecimento da saúde comunitário, passando pela orientação da PNS, de valores e princípios orientadores, da missão de MINSa e da sua visão relativa à Saúde para o país assim como da compreensão de alguns pressupostos para a sua implementação e aplicação dos ensinamentos subjacentes (Política de Saúde Comunitário da Guiné-Bissau, 2008).

1.4. Qualidade em Saúde

Ao falar em saúde, não se pode ignorar as qualidades, de um sistema, assim como os grandes objetivos das políticas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Assim, importa ter necessariamente em conta a ideia da procura por e manter a saúde da população, de criar uma estrutura de serviços de saúde satisfatória tendo por base as necessidades da população e de apelar à competência profissional dos prestadores de cuidados, de assegurar que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação são utilizados da forma racional e eficiente para assegurar a satisfação dos utentes (Pisco, 2007:95).

Outrossim, importa questionar qual seria a natureza da qualidade. Em resposta à questão levantada, de acordo com o Relatório do Diretor-Geral da Saúde (1999:38), contemporaneamente, a qualidade na saúde é vista como uma exigência de todos os autores envolvidos nos cuidados de saúde, sendo um elemento indispensável a vida humana, e sendo a sua melhoria feita através de um sistema de qualidade cuja característica é: a capacidade de corrigir erros de sistema, de diminuir a variabilidade indesejada, de garantir uma melhoria contínua no quadro de responsabilidade e de participação coletiva.

O aludido Relatório destaca com perspicácia alguns aspetos relevantes, pelo que importa destacar os seguintes pontos:

Em primeiro lugar, a criação de um sistema de qualidade não se faz por via normativa ou mera declaração de intenção;

O segundo trata-se de substituir um voluntarismo bem-intencionado, mas com poucos resultados e continuidade a nível global por um desenvolvimento sustentável, orientado por um inequívoco compromisso de liderança, garantindo e potenciando uma participação de carácter responsável entre os vários atores, a definindo de uma estratégia de atuação e a identificando objetivos e compromissos explícitos e bem calendarizados;

O terceiro ponto, o desenvolvimento de instrumentos e caminhos, que, dando prioridade a problemas de qualidade e de monitorização do despenho clínico e organizacional, permitam a constatação de que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados é algo fundamental, surgindo como uma orientação e tarefa primária;

Quarto e último ponto, o nível de participação dos profissionais de saúde, na liderança e desenvolvimento da nova cultura de qualidade, será um fator preponderante para sua

preconização.

Nos desafios e nas oportunidades, a qualidade é atualmente um atributo com a grandeza indissociável na saúde e nas prestações de cuidados. Por outro lado, criar e desenvolver uma cultura da qualidade no setor de saúde é a tarefa que nos incumbe pessoalmente e coletivamente (Relatório do Diretor-Geral da Saúde, 1999:38).

O mundo inteiro considera como qualidade algo que interfere nas nossas vidas e na vida das organizações de forma positiva. Neste contexto, a qualidade é vista ou compreendida em torno de determinadas características, sendo um atributo que faz as coisas ou pessoas distinguíveis entre si, sendo uma realidade que determina a natureza das coisas. A qualidade permite a avaliação, a aprovação, a aceitação ou a recusa de um bem ou serviço. A mesma é um conceito abstrato, que varia de acordo com o tempo, os costumes, a tecnologia e a cultura (Rodrigues *et. al.*, 2011:22-23). Ora, fala-se em serviço de saúde de qualidade quando os mesmos serviços são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; existe uma oferta para atender às necessidades da coletividade; existem programas de controle de qualidade; são dados em tempos oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para os utentes; fazem-se de forma humanizada (...) (Mendes, 2009:129).

2. Governança na Guiné-Bissau

É notório que, os indicadores de governação a nível mundial (WGI) para mais de 200 países e territórios ao longo do período de 1996 a 2019 se cingem a 6 dimensões, designadamente: a voz e responsabilidade, a estabilidade política e ausência de violência, a eficácia do governo, a qualidade regulatória, o Estado de direito e o controlo da corrupção (Kaufmann e Kraay, 1999). Os autores entendem ainda que a Governança passa necessariamente pelas tradições e instituições pelas quais a autoridade de um país é exercida. Obviamente no presente processo não se pode deixar de lado a seleção, monitorização e substituição dos governos, outrossim, a capacidade do governo de formular e implementar políticas sólidas com eficácia e pelo respeito de cidadãos e do Estado pelas instituições que regem as interações económicas e sociais entre eles (Kaufmann e Kraay, 1999).

Tendo em conta que África é um continente que sofreu a colonização ao longo dos anos, com o processo de independência assistiu-se ao surgimento de golpes de Estado, ao aparecimento

de regime militar, a períodos de forte instabilidade política e de existência de um enorme quantitativo de conflitos. Segundo CEDEAO através do seu Quadro Política para a Reforma e a Governança do setor da Segurança (2016), muitos Estados da África Ocidental deixaram para trás períodos de golpes de Estados, de regimes militares, de instabilidade política e de conflito armado e, em consequência disso, conseguiram realizar progressos significativos no caminho para a democracia e para uma boa governação. É reconhecível que alguns Estados se encontram em situações de pós-conflito, e que outros Estados considerados estáveis estão confrontados com conflitos localizados, tendo ou podendo evoluir para uma dimensão regional.

Facto este que nos leva enquadrar a Guiné-Bissau no Estado que está regido pelo golpe militar e a instabilidade política, a título de exemplo, em 2003 (Presidente Kumba Yala), 2008 (Presidente João Bernardo Nino Vieira) e 2012 (primeiro-ministro Carlos Gomes Junior), são anos cobertos por Golpes de Estado perpetrados pelos militares. Consequentemente, tem-se assistido a instabilidade política e governativa. Como é do nosso conhecimento, de que o mandato ou legislatura é de quatro anos, *i.e.*, para deputados de nação e governo, em que o último é emanado pelo primeiro. Quanto ao cargo de Presidente da República, o mesmo é de cinco anos. Portanto, em 2012 a legislatura não chegou fim, tendo em conta golpe de estado perpetrado pelos militares, tendo ficado este período conhecido por 12 de Abril, tendo sido realizadas posteriormente as eleições legislativas e presidenciais que foram vencidas pelo Partido Africano a Indecência de Guiné e Cabo-Verde (PAIGC), que resultou nas quedas sucessivas de governo, pese embora a legislatura tenha chegado ao seu fim. Isto é, de 2014 a 2018, a assistiu-se algo marcante, uma vez que, pela primeira vez, o mandato de Presidente da República chegou o seu fim (cinco anos, de 2014 a 2019).

2.1. Deficiência Governativa

Após o pequeno périplo em torno da Governança na Guiné-Bissau, no presente *item* procurar-se-á perceber quais são as insuficiências governativas ou a problemática em torno de governança no país. Sobre o assunto, conforme o relatório de Voz de Paz (2010):

A história da Guiné-Bissau no decurso das quatro últimas décadas foi marcada essencialmente por episódios violentos. Esta sucessão de episódios violentos conferiu-lhe características particulares tanto no plano político e social como cultural. O atraso económico e a pobreza são igualmente consequências desta história de violência.

Desde logo, é sabido que o nascimento do Estado Guineense advém de uma luta armada de longa duração entre a colónia Portuguesa e então província ultramarina (Guiné Portuguesa), que teve a duração de onze (11) anos, entre o ano de 1963 e o ano de 1974 e tendo culminado com a independência total. Porém, e pese embora tenha sido este o desfecho final, o conflito deixou algumas sequelas que ainda hoje são vivenciadas e estão patentes na realidade guineense, sendo este um assunto que vamos ver no *item* que se segue.

Portanto, a deficiência governativa na Guiné Bissau prende-se com o seguinte: a instabilidade política e governativa, ausência do Estado social, a falta de participação ativa dos cidadãos e ONGs nas tomadas de decisões que lhes dizem respeito, o fracasso do Estado, a pobreza exorbitante do Estado guineense, sendo o défice Orçamental coberto pelas Instituições Internacionais (FMI, BM, BAD, e outras), a má administração da Justiça, a corrupção e a fraca cultura de diálogo (relatório de Voz de Paz, 2010). No mesmo sentido, reitera Handem (2008:30), que o défice de diálogo entre as instituições públicas e privadas é um dos elementos condicionante ao desenvolvimento de governança no país.

2.2. Causas

Incumbe-nos analisar de ora em diante as causas de má governação na Guiné-Bissau, que entroncam com a “herança mal gerida da guerra de libertação nacional”, que culminou com as divisões que atualmente ceifam a sociedade, as oposições nos diferentes campos que serviram de estimulação à criação de uma cultura de ódio e vingança (relatório de Voz de Paz, 2010). Entende Sanhá (2021) que uma das causas de gestão deficitária do país tem que ver com as querelas políticas, isto é, cada político quer ser visto como salvador, como resultado, gerando este processo várias crises sociopolíticas. Como exemplo pragmático, a divergência interna vivenciada dentro do PAIGC (2015-2019), aliás, até hoje, em que a legislatura foi sufocada com sucessivas quedas de governo, existindo, numa única legislatura (7 governos), todo este processo porque, o então Presidente da República José Mário Vaz não se entende com o seu próprio partido. Por conseguinte, assistimos à expulsão dos quinze membros do referido partido por votarem contra o programa do Governo do mesmo partido dando origem à criação do partido (MADEM-G15).

De seguida, em 2019 realizaram-se as eleições legislativas, tendo o povo confiado o seu poder ao Partido Africa para Independência de Guiné e Cabo-Verde – PAIGC com (47 assentos), tendo este, por sua vez, feito uma coligação governativa com Assembleia do Povo Unido Partido Democrático – APU-PDGB (5 assentos), União para a Mudança – UM com (1 assento) e Partido

Nova Democracia – PND com (1 assento), totalizando assim, (54 deputados), (Sanhá, 2021), por não ter atingido a maioria absoluta.

Dada a instabilidade política e governativa supramencionada, a aludida coligação não teve sucesso, por surgir uma nova maioria parlamentar entre MADEM-G15 (27 deputados), PRS (21 deputados), PND (1 deputado) mais cinco deputados de PAIGC totalizando (54 deputados), que suporta o atual governo liderado por Nuno Gomes Na Biam (Presidente de APU-GB), tendo iniciado funções em 2020 até hoje.

2.3. Consequências

Em princípio, a má governação dos sucessivos governos na República da Guiné-Bissau, originou as seguintes consequências:

Deixou o Estado guineense numa situação frágil, na qual os partidos políticos desempenham o papel de Estado. Por outras palavras, o cartão de militância tem mais peso que bilhete de identidade, uma vez que, ao pertencer a uma formação política, caso esta chegue ao poder, a pessoa é bem-sucedida, pois, há uma enorme probabilidade de ser nomeado sem observância legal de concurso público e sem respeito pelo princípio da especialidade e de meritocracia. Como resultado, surgem as situações de crises a todos os níveis, de corrupção, de abuso de poder e de má gestão de coisas públicas. Neste sentido salienta Sanhá (2021) que um dos resultados que a má governação deixou na sociedade guineense foi a oportunidade de efetivar a corrupção, sobretudo, no seio dos governantes.

Para Mendonça (2021), a má gestão de erário público, conduz a maior Central Sindical – União Nacional dos Trabalhadores Guineense (UNTG-cs), à paralisação total da função pública guineense, por meio de sucessivas greves, que tiveram o seu início em janeiro 2021, prolongando-se até ao presente, julho do mesmo ano. A aludida greve tem como objetivos o de garantir respeito pelo princípio de legalidade, exigindo-se a atuação do Estado se faça com base na Lei e que, por consequência, as nomeações que foram e que estão a ser feitas passem a respeitar a Lei de recrutamento e seleção da função pública. Neste contexto, é exigida a revogação de respetivos Despachos, o pagamento de salário em atraso, melhorar condições de trabalho, etc.

Ademais, segundo relatório de Voz de Paz (2010), a instabilidade política e governativa impulsionou a má gestão do sistema judicial conjugada com a corrupção e um conjunto de práticas reveladoras de um sentimento de impunidade generalizada, tendo a insegurança abalado toda a sociedade guineense. A perda de valor e da moral é vista como uma fonte de

conflitos entre comunidades, família e gerações. As mudanças de mentalidade e comportamentos induzidas pela progressão de novos padrões culturais opõem cada vez mais as gerações e aumentam o mal-estar social, a falta do diálogo elevado pela “cultura de machismo” (machismo), impulsionando muitos a preferir resolver os problemas por via de conflitos em detrimento do diálogo.

CAPÍTULO II- METODOLOGIA

No coetâneo estudo, a atenção é voltada para a análise da governança na saúde materno-infantil de 2000 a 2020. Neste contexto, incumbiu-nos analisar a problemática e a realidade vigente neste sector há mais de 20 anos, em que foram analisados as oportunidades e os desafios para a promoção dos cuidados de saúde primários na Guiné-Bissau.

A análise de toda esta realidade e a sua proliferação tem grande relevância, essencialmente no setor da saúde primária, como uma das formas de promover e socializar progressivamente a “governança na saúde primária”. Como determina a CRGB no seu art.º 15.º. Nos 10 últimos anos falou-se muito da reforma da administração pública guineense, algo que até agora não se concretizou e que, segundo o estudo travado, tem como causa a instabilidade política e governativa.

No presente trabalho, dada a circunstância de o mesmo ser norteado por particularidades de grande complexidade e sendo confrontados com a ausência de escritores guineense, procurámos um estudo originário/primário (entrevistas exploratórias) tendo como visados: técnicos de saúde presidente de Sociedade Civil guineense e Secretario Geral da maior Central Sindical guineense (UNTG), todos com uma larga experiência na respetiva área. Além de mais, apoiamo-nos a revisão de literatura com pesquisa de base exploratória e recorrendo aos elementos existentes na altura. Utilizamos assim o método descritivo e qualitativo para permitir a explicação sucinta sobre o assunto e no sentido de poder entender de melhor maneira a qualidade governativa no setor da saúde primária e materno-infantil.



Nesta lógica, a principal intenção é a de dar resposta às questões fundamentais da partida tais como: “*Será que a aplicabilidade da governança no sistema nacional de saúde na Guiné-Bissau terá a eficiência e a eficácia? Como também, saber das oportunidades e desafios da governança face ao cuidado de saúde primária e a redução da mortalidade materna infantil na Guiné-Bissau?*”.

Pelo acima exposto, importa analisar o aludido trabalho no passado para construir o presente, e no presente para corresponder às “Oportunidades e Desafios da Governança para a Promoção dos Cuidados de Saúde Primários na Guiné-Bissau”, no sentido de poder ter um futuro quase perfeito.

Eis os objetivos específicos do trabalho:

- Estudar o papel da governança no desenho e implementação das políticas públicas na Guiné-Bissau.

- Identificar as características, o acesso e as dificuldades no sistema nacional de saúde guineense.

- Analisar a perspetiva global da mortalidade materno-infantil tendo por base os programas de saúde: programa nacional de luta contra o paludismo/malária (PNLP), programa nacional de luta contra a VIH/SIDA (PNLS) e Programa nacional de luta contra a tuberculose (PNLT).

- Observar as oportunidades e desafios que a implementação de governança pode trazer no sistema nacional de saúde guineense.

Após a introdução do objeto de estudo e respetivos objetivos específicos, o problema e a pergunta de que partimos, é crucial enfatizar os pontos que evidenciam ou não o problema factual, porque qualquer situação problemática a investigar deve necessariamente ser conjugada com uma análise das variáveis¹ de forma que seja possível entender e explicar ou não o problema levantado: o problema a levantar não pode fugir da ciência das variáveis e do sistema no qual se

¹ Podem ser entendidas como classificação ou medida, ou seja, algo que varia. Variável é um conceito operacional que demonstra diversas características, bem como valores, especto, propriedade ou fator. Estas características, entretanto, precisam ter a disponibilidade de serem aplicadas em objetos de estudos e devem ainda ser suscetíveis à mensuração. No que toca as variáveis, é correto afirmar que há quatro tipos: independentes, dependente, intervenientes e antecedentes. Neste sentido vide MARCONI, Marina e LAKATOS, Eva (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

encontra. Elas dependem do presente projeto, assim como dos caminhos a prosseguir na investigação para o alcance das respostas que se procuram.

Ao longo de todos estes anos, foram debatidas na administração pública guineense, como acima foi referido, a questão da reforma e do desenvolvimento sustentável. Assim, os conceitos supramencionados, dizem respeito à implantação do conceito da governança (boa governança), principalmente no sector da saúde pública especialmente na saúde primário.

Nesta ótica, como foi frisado, no presente trabalho analisámos vários instrumentos nomeadamente, programas, planos, relatórios anuais, legislação, revisão bibliográfica e entrevistas exploratórias. Mesmo assim, deparámo-nos com grandes dificuldades a respeito da matéria, dada a ausência de fontes acerca do presente tema.

Ademais, no presente estudo identificou-se a presença reiterada das variáveis que se seguem: instabilidade política e governativa, dado o facto de a Guiné-Bissau é um país que viveu constantemente nas crises políticas; o fator partidário, que tem mais força do que patriotismo; o que fala mais alto é a filiação partidária, e as ideologias partidárias assumidas, sendo esta uma circunstância que, em nenhum momento favoreceu o sector em pauta.

Assim, com recurso às variáveis independentes (que são os fatores dominantes que vão determinar os efeitos ou resultados de alguma/s causa/s), produziram-se algumas hipóteses nas quais se vai entender como e o porquê da existência do referido impacto relativamente à variável dependente (que depende dos fatores que a variável independente envolve). Em suma, a variável independente é a variável que já é conhecida, já a dependente é a variável que deve ser descoberta.

- 1- Criar condições para que haja estabilidade política e governativa e, conseqüentemente, apostar intensamente no ensino de qualidade e na investigação científica;
- 2- Dar oportunidade aos jovens principalmente as raparigas;
- 3- Reconhecer e pôr em prática o princípio da especialidade, assim como estipular um salário condigno aos profissionais da saúde.

Como foi supra frisado o aludido trabalho, é norteado por algumas entrevistas exploratórias a dois técnicos superiores de saúde, e duas entrevistas exploratórias ao presidente da Sociedade Civil e a quarta e ao Secretario Geral da UNTG-cs. Importa realçar que, no primeiro momento tivemos contacto com alguns entrevistados através de envio de e-mail, depois, no segundo momento, por via de chamada telefónica.

CAPÍTULO III: ANÁLISE EMPÍRICA

3.1. Estado de Saúde em África

Mormente, vamos iniciar o estudo do presente capítulo recorrendo ao estado de saúde materno-infantil em África, com intuito de proceder a um melhor enquadramento. Conforme demonstra o Relatório da Organização Mundial de Saúde, o escritório regional Africano sobre a Saúde na Região Africana (2014:36), na região, há períodos nos quais as pessoas ficam profundamente vulneráveis, correndo risco de vida. São eles: o período neonatal, primeiro ano de vida, primeira infância (até aos 5 anos de idade) e, nas mulheres, o período reprodutivo, (tanto para doenças sexualmente transmissíveis como para complicações durante a gravidez), parto e período pós-natal.

Sustenta ainda que, os primeiros 28 dias de vida, chamados de período neonatal, são um período de grande risco para os bebés na região. Embora tenha havido uma redução substancial da mortalidade infantil (são impressionantes os progressos registados na redução das taxas de mortalidade em menores de 5 anos, que caíram, entre 1990 e 2012, de 173 para 95 por 1000 nados-vivos. A redução, a nível mundial, da taxa de mortalidade materna também foi conseguida na África Subsariana “espaço pelo qual a Guiné-Bissau faz parte”, que registou um declínio de 41%, entre 1990 e 2010), continua a ser muito elevada a probabilidade de os bebés, na região, nascerem antes do tempo, prematuramente, com baixo peso e em condições que os colocam em maior risco de infeção (incluindo o tétano), de trauma à nascença e de sofrerem as complicações da prematuridade, iniciando assim, com desvantagem, o seu ciclo de vida. Muitos nascem de mães que não tiveram uma alimentação adequada, nem cuidados pré-natais durante a gravidez e que não tiveram assistência especializada durante o parto, nem nos dois dias seguintes ao parto. As mães correm maior risco de morrer durante e após o parto, deixando os recém-nascidos em risco ainda maior de doenças e morte, por falta dos cuidados apropriados e por práticas inadequadas de alimentação, (Relatório da Organização Mundial de Saúde, o escritório regional Africano sobre a Saúde na Região Africana, 2014:36).

Refere ainda o presente relatório da Organização Mundial de Saúde, o escritório regional Africano sobre a Saúde na Região Africana (2014:38), que o ambiente doméstico também pode representar uma ameaça para a saúde de muitas crianças menores de cinco anos na Região. A maioria das famílias (77%), em África, usa combustíveis sólidos (madeira e estrume) para aquecer as casas e cozinhar. A queima de combustíveis sólidos (combustíveis de biomassa) dentro de casa produz fumo que contém químicos prejudiciais aos pulmões e que torna as

crianças pequenas propensas a pneumonias. Quando se usam combustíveis limpos (eletricidade e gás) em casa, os níveis de pneumonia nas crianças baixam drasticamente. Ademais, o uso de combustíveis sólidos para aquecer e cozinhar em casa também provoca traumatismos e mortes por queimaduras e escaldões em bebês e crianças pequenas, que gatinham e brincam perto do fogo. Neste contexto, virar-se-á o presente estudo para a governança da saúde na Guiné-Bissau, como sendo fulcro imprescindível para a nossa investigação.

3.2. Estado de Saúde na Guiné-Bissau

Pela primeira vez, o gozo mundial do direito à saúde foi plasmado na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, como sendo “um direito fundamental de todos os seres humanos sem distinção de raça, religião, convicção política, condição económica ou social.” E, em 1974 a Guiné-Bissau tornou-se membro da mesma (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017: 9).

Outrossim, a Carta Africana sobre os Direitos do Homem e dos Povos de 1986, no seu art.º 16.º, exige ao Estados membros a adoção das medidas necessárias para proteger a saúde e assegurar a assistência médica as populações em caso da doença. É também garantido pelo Protocolo da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, Relativo aos Direitos das Mulheres em Africa, a assistência médica e os cuidados de saúde necessários (art.º 14.º), o direito das mulheres e direitos reprodutivos (art.º 14.º e 5.º), ambos do protocolo supracitado. No âmbito nacional, a CRGB consagra o direito à saúde na égide do art.º 15.º, embora não de uma forma clara. Todavia podemos recorrer ao art.º 29.º da mesma para aplicar os princípios internacionais de proteção a saúde.

Entretanto, quando se fala do Sistema Nacional de Saúde importa frisar que o Ministério da Saúde pública (MINSAP) faz parte da Secretaria de Estado da Administração Hospitalar e do departamento governamental, que está incumbido da tarefa de: formular, propor, coordenar e executar a política do governo em matéria de saúde e luta contra epidemias. O MINSAP está constituído em secretaria geral, inspeção geral de saúde publica, Instituto Nacional de Saúde publica (INASA), o Centro de Compra de Medicamentos Essenciais (CECOME) incluindo 11 direções regionais de saúde pública, direções gerais para a promoção de saúde, a Administração do sistema de saúde e a Administração de instituições de saúde (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017:11 e 12).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) guineense tem três níveis: local, regional e central. Na base estão as estruturas de iniciativas comunitárias (Unidades de Saúde de Base apoiadas pelos

agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais) que constituem o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde. Ainda a nível local, existem os Centros de Saúde cuja nomenclatura A, B e C os distingue quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos centros de saúde A). Estes Centros de Saúde podem ainda ser classificados em rurais e urbanos. Os centros de saúde são geridos pelas Equipas Técnicas e pelos Comitês de Gestão e a sua área de cobertura é estendida através das equipas móveis da estratégia avançada (PNDS II 2008-2017: 31-32).

A nível regional, encontram-se os Hospitais Regionais, as Direções Regionais de Saúde e as Equipas Regionais de Saúde (ERS), existindo neste momento, 5 hospitais regionais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa). O nível regional é responsável pela análise da situação regional, pela previsão de planos com a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, programação anual e seguimento / avaliação. A ERS é responsável pela supervisão e pelo acompanhamento da aplicação das normas e protocolos de tratamento ao nível das estruturas de prestação de cuidados (hospitais regionais e centros de saúde), (PNDS II 2008-2017: 31-32).

A nível central importa considerar o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direções, os Serviços, Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e os centros de referência. A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direções de Serviço. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação (PNDS II 2008-2017: 31-32).

O serviço público de saúde é complementado por um sector privado lucrativo, concentrado em Bissau – com consultórios, clínicas com internamento, laboratórios de diagnóstico e um forte sector farmacêutico. Em 2007, identificou-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do sector privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento) e 14 simples consultórios médicos. Todavia, em nenhum destes estabelecimentos há informações relativas ao âmbito das suas atividades técnicas ou ao quadro dos seus recursos humanos (PNDS II 2008-2017: 31-32).

Assim, a saúde na Guiné-Bissau continua a ser colocada em segundo plano. Relativamente ao bolo orçamental do governo gasto com a saúde, a percentagem é de 5,18%, incumprindo o compromisso assumido pelo governo em Abuja, no ano de 2001, por quanto foi acordado e ratificado pelos países da União Africana adoção de um bolo orçamental dedicado à saúde

correspondente a 15% no sentido de melhorar o setor da saúde. No que respeita à saúde das mulheres e crianças é proporcionado a menos de 1%, sendo também de ressaltar que a maior parte dos fundos do MINSAP estão disponibilizados aos pagamentos de salário de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. Outros gastos são cobertos pelos doadores, através de pagamentos diretos feitos pelos pacientes, com taxas que parecem ser as mais caras da África Ocidental (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017:12).

É pacífica a ideia segundo a qual, a nomeação de profissionais de saúde para postos administrativos dentro do sistema de saúde, tanto em cargos governamentais como em outros cargos, designadamente a administração hospitalar, muitas vezes não é registada ou tornada público. Portanto, no computo geral, pode afirmar-se que o sistema nacional de saúde guineense vivia e continua a viver veementemente dependente de doadores internacionais tais como: Banco Mundial (BM), Fundo Global (FG), União Europeia (EU), Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017:12).

Portanto, quando se fale de estado de saúde não podemos pôr de lado a ideia de governança, uma vez que nas sociedades contemporâneas, sobre tudo a nossa, a governança significar o sucesso de determinadas mudanças desejadas, exigindo que o governo não atue por si só, mas sim de forma oposta: de forma convencionada com outros governos, com utentes, com especialistas e atendendo os interesses setoriais. As questões da governança nos cuidados primários de saúde constituem um exemplo repetido destes processos complexos de governança na Guiné. Esta requer, muitas vezes, uma “mistura” de ação local e global; uma intervenção ativa dos parceiros governamentais, de grupos cívicos e dos cidadãos de uma forma geral. A política moderna requer a governança em rede, isto é, a participação ativa de tudo e todos.

De ora em diante debruçar-nos-emos relativamente às questões mais preocupantes que entroncam com a saúde na Guiné-Bissau, designadamente: a mortalidade-materno infantil, a VIH/SIDA, a tuberculose e a malária.

3.2.1. Mortalidade Materno-Infantil

De acordo com o relatório (2013-2019) do Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) que intervém no quadro do programa integrado para a redução da mortalidade materna e infantil na Guiné-Bissau (PIMI) a saúde da mãe e da criança merecem ter uma atenção especial por parte do

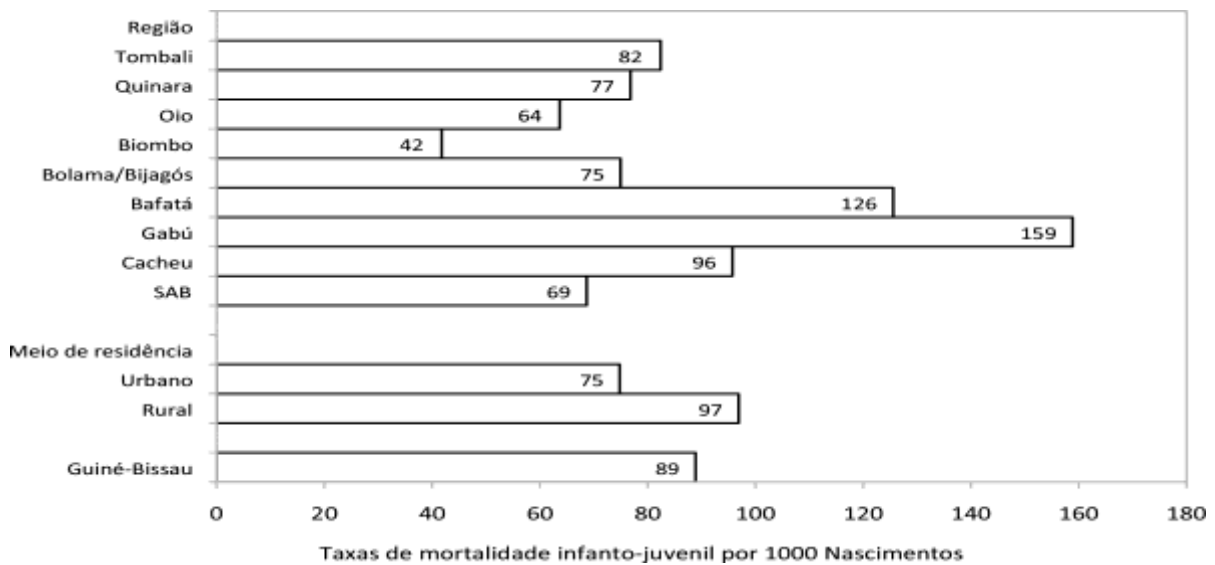
governo da Guiné-Bissau e dos seus respetivos parceiros de desenvolvimento, porque até agora apresenta alguns indicadores muito preocupante a nível de materno-infantil (SMI).

A taxa de mortalidade materna entre 2007 e 2014 era de 900 mortes por 100.000 nados-vivos, entre as piores do mundo. Em 2015, a taxa de mortalidade materna era de 549 mortes por 100.000 nados-vivos. A principal causa de morte materna devido a complicações obstétricas é a hemorragia, responsável por mais de 40 por cento das mortes obstétricas, com outras causas incluindo infeções pós-parto, distocia, doenças hipertensivas da gravidez e complicações de abortos. A Guiné-Bissau está entre os países do mundo com os piores resultados em matéria de saúde materna (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017:24).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2018-2022) existem muito poucos indicadores relativos à mortalidade geral e específicas que podem permitir uma boa descrição e caracterização do estado de saúde da população guineense. O Sistema de estatísticas vitais não funciona e não há registo obrigatório de óbitos. Razão pela qual a maior parte dos acontecimentos de doenças e mortes passam fora das estruturas de prestação de cuidados de saúde, devido a fraquíssima utilização dos mesmos, sendo as informações do sistema de informação sanitária são altamente parciais.

As taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil são mais baixas na Região de Biombo (21 e 42 por mil nados vivos) e mais elevadas na Região de Gabú (88 e 159 por mil nados vivos). Há também diferenças na mortalidade em função do nível de instrução e do bem-estar económico. Constata-se que as taxas de mortalidade diminuem com o aumento do nível de instrução da mãe e vice-versa. Os dados da figura 1 mostram que a Região de Gabu e Bafatá são as que têm as taxas de mortalidade infantojuvenil mais elevada em relação as outras Regiões, situando em 159 e 126 por 1.000 nados vivos, respetivamente.

Figura 1. Taxas de mortalidade infanto-juvenil por meio de residência e região MICS5, Guiné-Bissau, 2014.



Fonte: Inquérito de Indicadores Múltiplos feito pelo Ministério da Economia, do Plano e Integração Regional Direcção-Geral do Plano Instituto Nacional de Estatística (2014:50).

Segundo UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH (2017:25), existem quatro intervenções fundamentais indispensáveis que foram reconhecidas e com uma relação aceite à redução de mortalidade materna/infantil. São elas,

Planeamento familiar, parto assistido por profissional qualificado, redes de referência eficazes, e cuidados obstétricos de emergência. Um progresso significativo foi alcançado por meio de vacinação, assim como recolha de dados e outras intervenções para melhorar a mortalidade materna e os cuidados pré-natais, incluindo o uso de agentes comunitários de saúde. No entanto, os esforços deveriam ser reforçados para abordar os fatores-chave das mortes maternas e infantis no país, que são: (1) a disponibilidade insuficiente de profissionais qualificados para assistirem os partos, levando a cuidados de má qualidade; (2) a insuficiente acessibilidade de bens, serviços e instalações essenciais de saúde (inclusive bens essenciais para se salvar vidas); e (3) normas culturais que desencorajam as mulheres de irem aos centros de saúde para serem assistidas no parto.

Portanto, não se deve ignorar o esforço que está a ser desenvolvido dia após dia pelo Governo e pelos parceiros Internacionais. Prova disso,

Com o apoio do UNICEF, em 2016, o Governo elaborou um plano abrangente como parte da plataforma do Plano de Ação para Todo Recém-nascido (ENAP) para combater a mortalidade neonatal. Em vista da fragilidade geral do sistema, incluindo a falta de especialidade pediátrica, especialmente em serviços neonatais, tal plano e plataforma necessitarão de um apoio significativo dos doadores (UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 2017:25).

3.2.2. VIH/SIDA

A síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). A SIDA pode ser transmitida através de relações sexuais, contacto com sangue contaminado por transfusão ou partilha de seringas, por exemplo, e de mãe para bebé durante a gravidez, parto ou amamentação (OMS, 2016 *apud* UNIOGBIS-ACNUDH, 2017).

O mesmo relatório, demonstra ainda que a Guiné-Bissau é um dos poucos países com incidência de ambos os tipos de vírus da imunodeficiência humana, VIH1 e VIH2, com taxas de prevalência tendente a ser mais elevadas nos casos positivos para VIH1. As mulheres grávidas registam com a taxa de prevalência de 8,9 por cento e 5 por cento (Fundo das Nações Unidas para a População, 2015 *apud* UNIOGBIS-ACNUDH, 2017).

Segundo OMS, “*Global Health Observatory*” (Observatório da Saúde Global), citado no Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS)-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH (2017: 30), a alta taxa de VIH entre mulheres grávidas, em particular, pode refletir uma “epidemia silenciosa” de VIH. Como as mulheres grávidas têm direito a cuidados de saúde gratuitos, é significativamente mais provável que elas tenham sido testadas para VIH que o restante da população e, portanto, a taxa de infeção entre este grupo pode refletir com mais precisão a prevalência real da doença. O aludido relatório salienta ainda que, o Relatório Nacional de SIDA da Guiné-Bissau de 2016 registou 2.392 mães que precisam de cuidados para prevenir a transmissão mãe-bebé. Destas, 1.571 mães beneficiaram de cuidados em 2015, representando uma cobertura de 67,8 por cento.

É ainda para salientar, o relatório sobre direito à saúde na Guiné-Bissau, produzido pela Liga dos Direitos Humanos (2018:38), cuja principal estratégia tem sido relacionada com as ações de prevenção nas consultas pré-natais para monitorizar a transmissão vertical de mãe para filho. No que diz respeito às crianças de 0-5 anos de idade o principal problema refere-se à contaminação da mãe para o filho e à continuidade do tratamento quer das mães, quer das crianças identificadas como seropositivos. O procedimento consiste no seguinte: na primeira consulta pré-natal ser realizado um teste relativo à mãe e, em caso de teste positivo, a mãe beneficia de um seguimento durante a gestação que consiste no uso de medicamentos ao longo da gravidez para evitar a contaminação de mãe para o filho. Após o nascimento o teste é feito na criança com um intervalo temporal no máximo até os dois meses de idade para se repetir novamente o teste. Caso seja positivo, a criança beneficia do tratamento pediátrico contra VIH/SIDA.

Por outro lado, o relatório sobre direito à saúde na Guiné Bissau, produzido pela Liga dos Direitos Humanos (2018:38), constatou que um dos grandes problemas ligados ao cumprimento dos procedimentos ligados à situação das mães e crianças infetadas incide no facto das unidades de saúde de tratamento da mãe em vários casos serem diferentes da unidade de saúde de tratamento que atende as crianças. deste modo, a deslocação para diferentes unidades de saúde acaba por ser uma dificuldade que impede em muitos casos o tratamento de uma das partes, isto é, da mãe ou da criança.

De outro modo, expomos o problema da fraqueza da instituição do setor em destaque (saúde), da fraca capacidade de responder em termos da requisição dos recursos viáveis para satisfazer e cumprir um atendimento eficiente e eficaz sem pôr em causa o lapso temporal da prevenção e tratamento almejado.

No que tange ao tratamento pediátrico um dos maiores problemas foi sempre a concertação do *stock* de reagentes para o teste das crianças nados de mães infetadas de VIH/SIDA. Uma vez que a falta do referido reagente impossibilita o diagnostico precoce dos casos e põe em causa o tratamento necessário. Ademais, damos nota da fraqueza de um programa rigoroso e eficaz de acompanhamento das grávidas infetadas de SIDA, assim como das crianças que foram infetadas, junto ao facto de o país não ter informações sistematizadas sobre o estado das crianças de 0-5 anos infetadas. Assim, o país não conseguiu efetivamente pôr em funcionamento o mecanismo de seguimento que permite dar o acompanhamento, a qualidade de vida e o desenvolvimento destas crianças.

3.2.3. Tuberculose

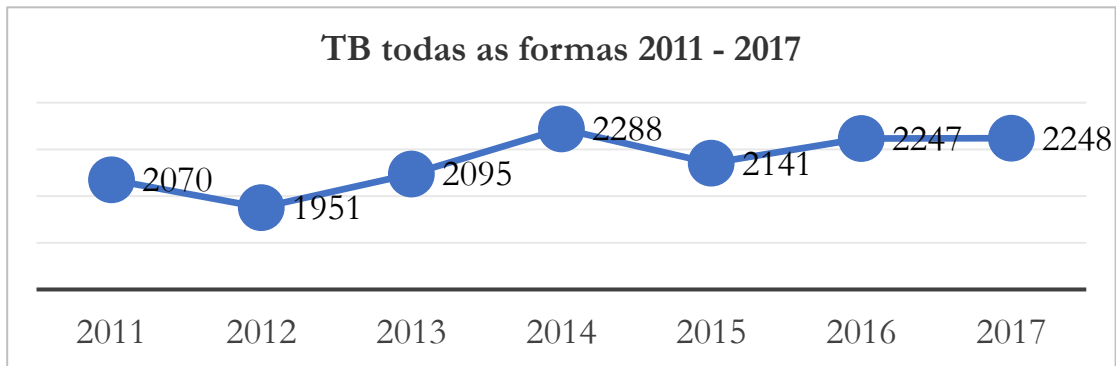
Em súmula, o relatório sobre direito  saúde na Guiné-Bissau, produzido pela Liga dos Direitos Humanos (2018:46), trata-se de um programa fundado em 1987 e que enraizou com a ação sistemática em prol do sistema público de saúde. O mesmo funciona em três níveis: central, regional e local. A respetiva coordenação geral foi fixada a nível central. Encadeia a sua atividade em parceria com várias organizações, designadamente, a sociedade civil e o secretariado nacional de luta contra sida com uma estratégia focalizada ao tratamento da tuberculose em pessoas infetadas do VIH/SIDA, assim como entidades como o instituto nacional de saúde pública- INASA, laboratório nacional de saúde pública, entre outros.

De uma forma discreta, a tuberculose é uma doença que afeta a saúde pública da Guiné. Apesar de existirem vários programas, cujo objetivo é o de diagnosticar, tratar e monitorar a situação corrente no país. Existe uma enorme quantidade de casos que não são diagnosticados em resultado da não mudança da mentalidade dos visados.

Em termos materiais não existem os recursos e aparelhos sofisticados que permitam detetar a doença, sobretudo nas crianças, que é o foco da nossa pesquisa sem pôr de lado as mães. Infelizmente o aludido relatório carece de informações suficientes ligadas à saúde materno-infantil na área de tuberculose, ou seja, o relatório trouxe-nos um computo geral das pessoas infetadas pela tuberculose no país de 2011 a 2017, sem, no entanto, especificar os dados que correspondem às mulheres e crianças.

Face ao exposto, de 2011-2017 foram verificados casos de TB com baciloscopia positivo. A diferença que foi verificada reside no facto de existir mais rigor no registo e no facto de existir um baixo número de casos BK- negativa e BK-não realizada. Ademais, ocorreu também uma queda significativa no número total de pacientes inscritos no programa. (Relatório anual de Tuberculose, 2017).

Figura 2. Tendência de notificação de casos de TB nos últimos 7 anos.



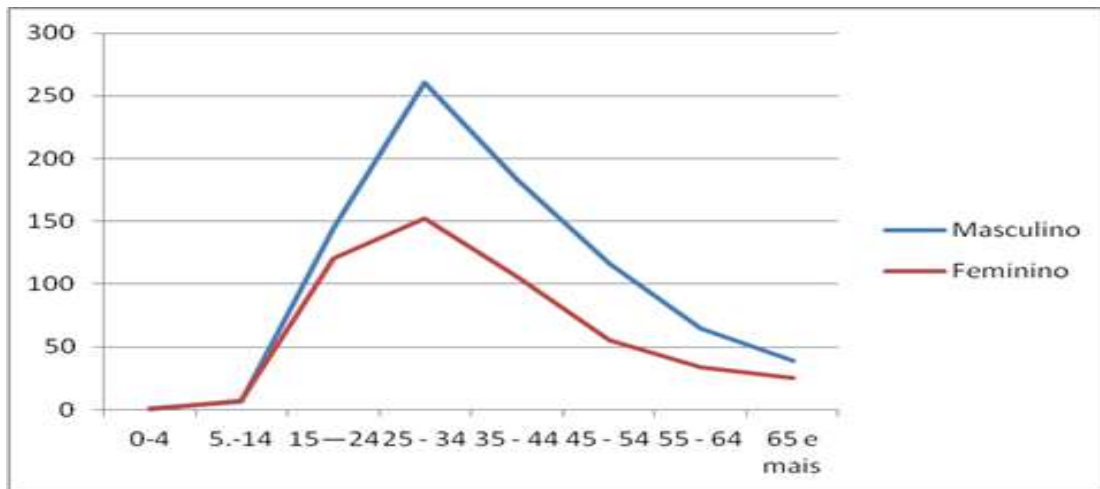
Fonte: Relatório anual de Tuberculose (2017:5).

Numa outra perspetiva, segundo Relatório anual de Tuberculose (2012), os denominados adultos jovens, isto é, os indivíduos com idades compreendidas entre 15-45 anos, são os mais afetados, sendo o pico mais elevado na faixa etária de 25-34 anos, na qual os homens são mais contaminados, o que é considerado como normal epidemiologicamente em torno da TB. Continua também a verificar-se um número insignificante nas crianças e idosos, conforme demonstra o gráfico n.º 1.

O facto verificou-se tendo em conta a carência e acesso limitado a meios diagnósticos disponíveis atualmente na Guiné-Bissau, designadamente, (raio-X, Xpert MTB/RIF). De referir ainda que o país conheceu e conhece até hoje um número reduzido de técnicos de saúde com experiência no âmbito da TB pediátrica. (Relatório anual de Tuberculose, 2016:8).

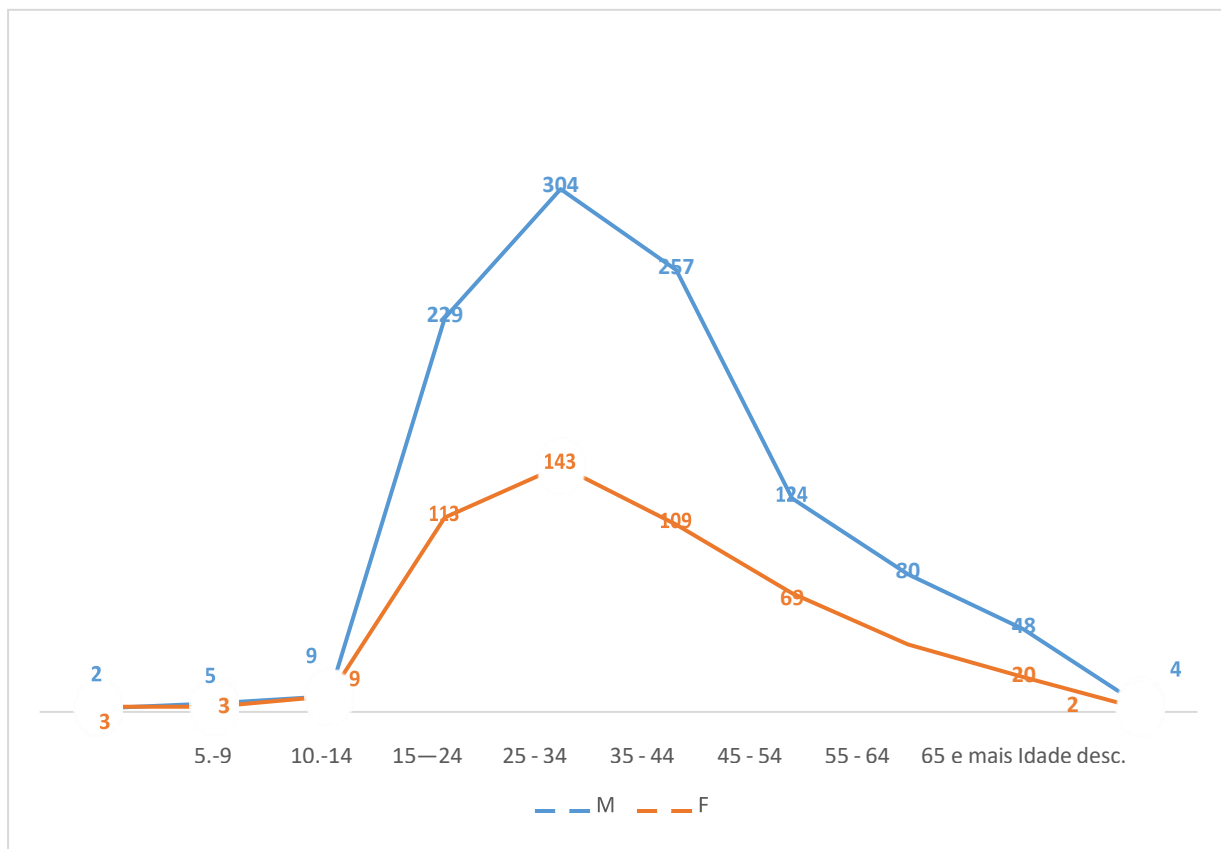
Com a exceção do que foi ilustrado no ano 2018 e 2019 no tocante a faixa etária dos adultos jovens mais notificados, ou seja, nos referidos anos, a faixa etária é de 15 a 54 anos de idade. (Relatório anual de Tuberculose, 2018 e 2019). Veja-se gráfico nº 1 e 2.

Gráfico 1. Faixa etária dos adultos jovens mais notificados em 2012.



Fonte: Relatório anual de Tuberculose (2012).

Gráfico 2. Faixa etária dos adultos jovens mais notificados em 2018-2019.



Fonte: Relatório anual de Tuberculose (2018:4).

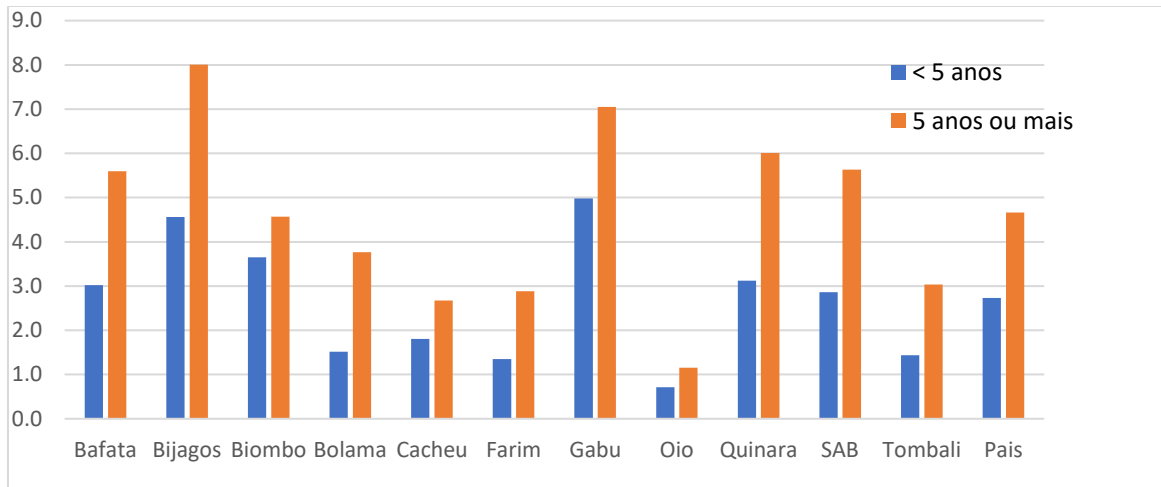
3.2.4. Malária

Mundialmente e com o intuito de controlar e eliminar o paludismo foram salvos aproximadamente cerca de 3,3 milhões de pessoas. Desde 2000 foi reduzida a mortalidade por paludismo em 45% a nível mundial, segundo o boletim de informação mundial de paludismo de 2013 publicado pelo OMS referenciado pelo relatório anual de (2013) do Programa Nacional de Luta contra Paludismo. De acordo com as últimas estimativas, em 2012 foram diagnosticados 207 milhões de casos de paludismo a nível mundial, que ceifaram 627 mil vidas. A maioria delas tinha sido registadas nas crianças que habitam em África e, efetivamente, por minuto morre uma criança pela malária. Segundo PNDS III (2018-2022), o paludismo é uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada.

Também resulta do relatório sobre direito à saúde na Guiné-Bissau, produzido pela Liga dos Direitos Humanos (2018:31), que mais de 50% da população Guineense procura serviços de saúde com o motivo de fazer tratamento contra o paludismo, principalmente a crianças menores de 5 anos de idade e a mulheres grávidas.

É também do nosso conhecimento que a Guiné-Bissau é um País de alto risco e de grande número de incidência de malária. Na agenda nacional dirigida pelas políticas mundiais de combate ao paludismo foi inserida a estratégia nacional de combate ao paludismo dentro da referida agenda. Com isso denotamos que o primeiro plano estratégico do país foi produzido para vigorar no período de 2001 a 2005, oriundo da integração em 1999 da Guiné-Bissau pela iniciativa desenvolvida pela OMS em 1998 cujo lema "*Fazer Recuar o Paludismo*". É de salientar que, com a elaboração do presente plano, a luta contra o paludismo na Guiné-Bissau avançou bastante. As orientações estruturantes e os planos de ação quinquenais abriram espaço a um novo programa denominado Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo- PNLP que já pendurou 21 anos (2000 a 2021). Eis as regiões com a taxa de incidência mais elevada nomeadamente Bijagós (126‰), Gabú (120‰), Quinara (91‰) e por último SAB (85‰). Vide o gráfico que se segue.

Gráfico 3. Incidência, por região, grupo etário, 2013.



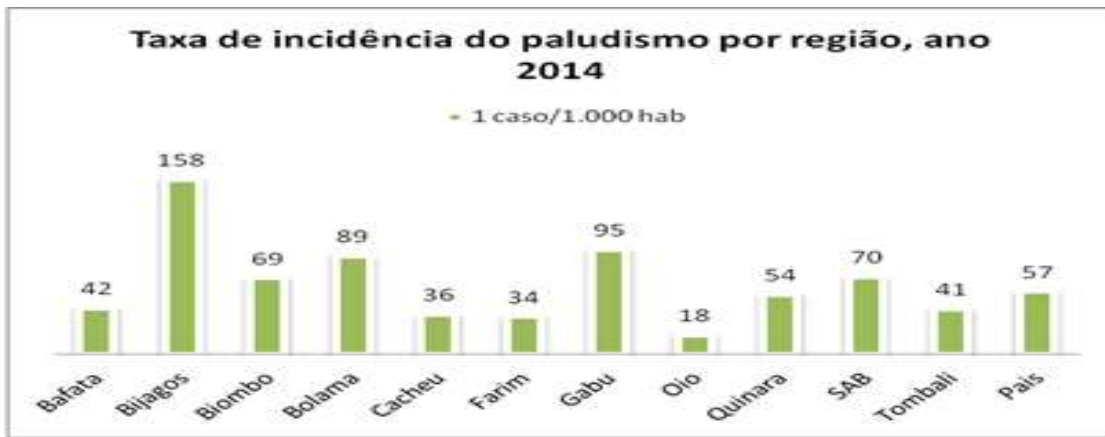
Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2013:3).

No mês de julho a novembro é verificado o maior número de casos de paludismo no país. (veja o gráfico 4).



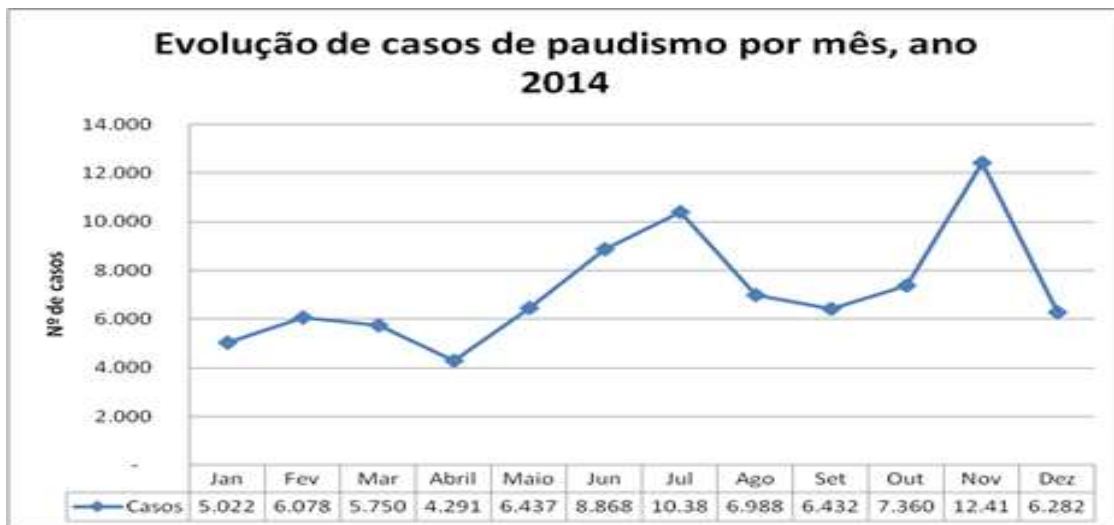
Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2013:8).

Em 2014, as regiões com mais alta taxa são designadamente Bijagós (158‰), Gabú (95‰) e derradeiramente Bolama (89‰). Vide o gráfico 5.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2014:4).

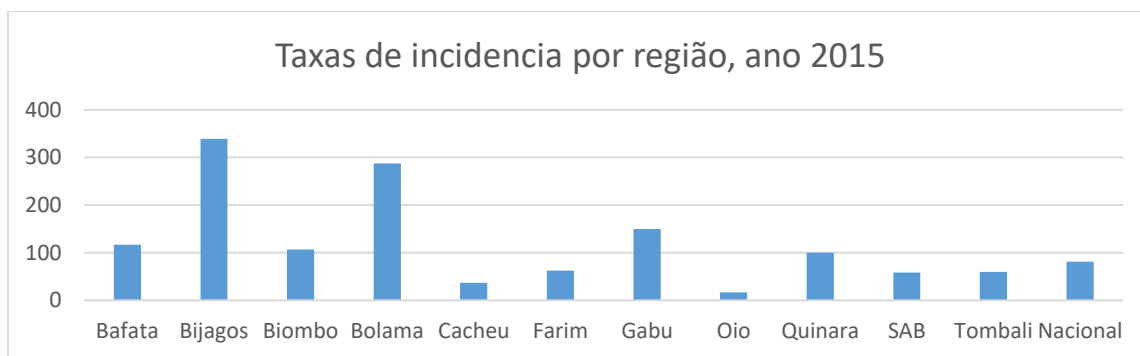
No mesmo ano, conheceu-se o elevado índice do paludismo nos meses de julho e novembro (o facto que pode ser observado no gráfico 6).



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2014:9).

No entanto, em 2015, eis as taxas de índice mais elevadas as regiões de Bijagós (339‰), Bolama (288‰) e Gabú (149‰). Da outra parte as mais baixas de índice foram detetadas nas regiões sanitárias de Oio (16‰), Cacheu (37‰) e por último SAB (58‰).

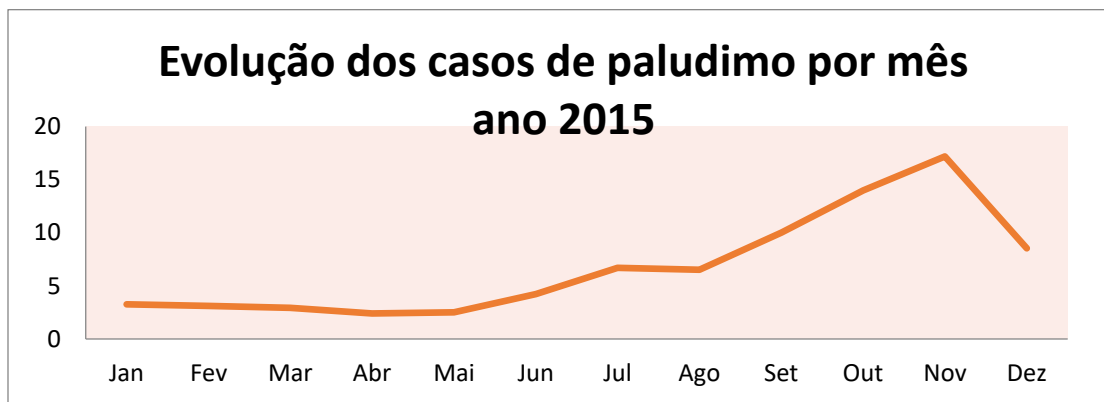
Gráfico 7. Taxas de Paludismo.



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2015: 5).

Nos meses de julho e novembro foram verificados os mais elevados casos da malária em todo o país. (Observe o gráfico nº 8).

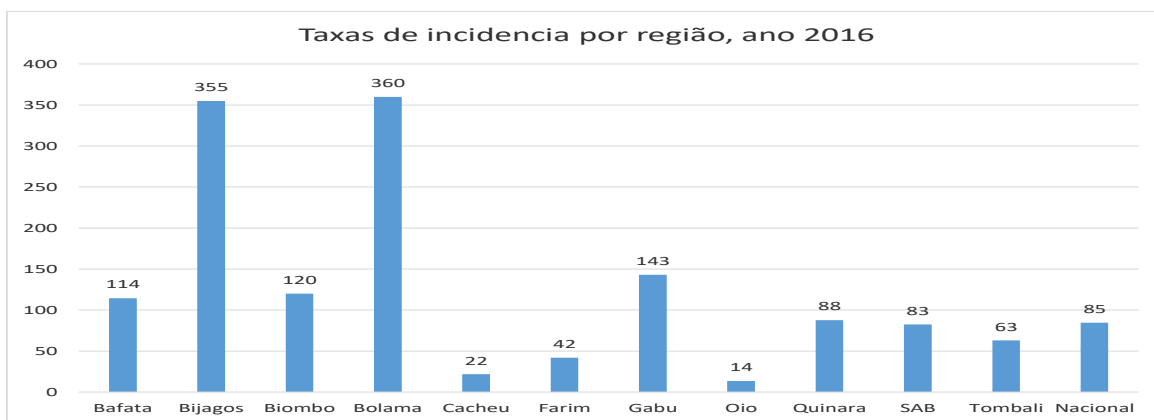
Gráfico 8. Evolução do Paludismo em 2015.



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2015: 9).

Segundo Relatório anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo, (2016:5) regiões com mais destaque em 2016 são: Bolama (360‰), Bijagós (355‰) e Gabú (143‰). Outrossim, podemos encontrar também as regiões sanitárias com mais baixa incidência designadamente, Oio (14‰), Cacheu (22‰) e Farim (42‰), conforme gráfico n.º 9.

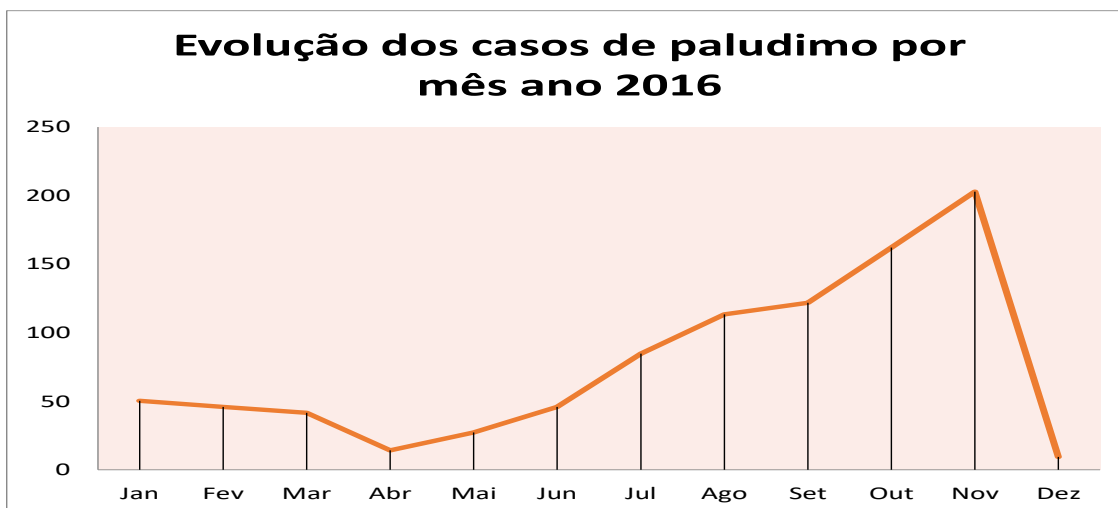
Gráfico 9. Incidência do Paludismo por região em 2016.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2016:6).

Sucedem apenas que, foi conhecido o maior número dos casos da malária no mês de outubro e novembro, como se constata no gráfico nº 10.

Gráfico 10. Evolução do Paludismo em 2016.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2016:10).

Foram constatadas as taxas de incidência mais elevadas e crescentes nas regiões de Bolama (441‰), Bijagós (371‰), Biombo (140‰) e Gabu (119‰). Impõe-se, assim, que as regiões sanitárias de Oio (9‰), Cacheu (17‰) e Farim (24‰) são efetivamente regiões com menor incidência. (Ver o gráfico 11).

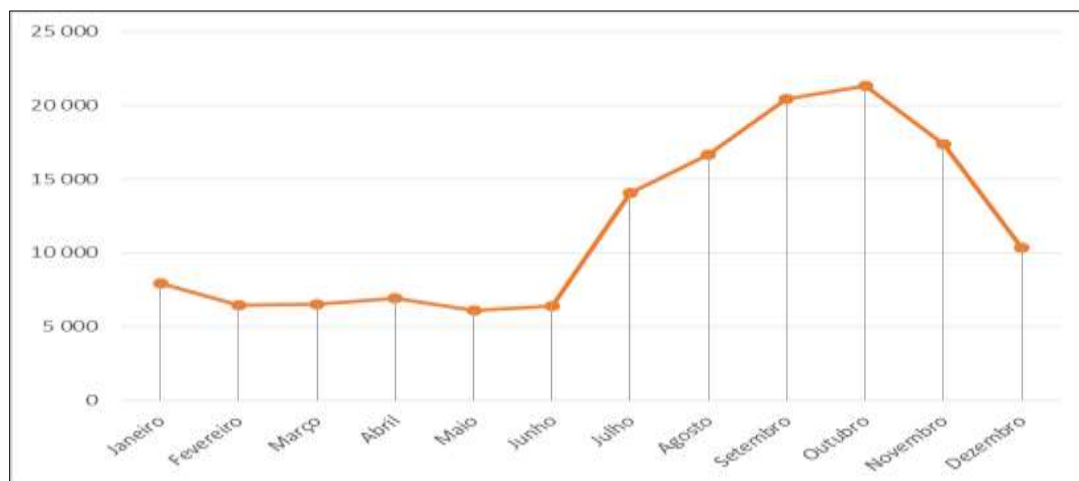
Gráfico 11. Incidência do Paludismo por região em 2017.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2017:13).

Pressupõe que é contraído o maior número de casos nos mês de setembro e outubro. Conforme demonstra o gráfico nº 12.

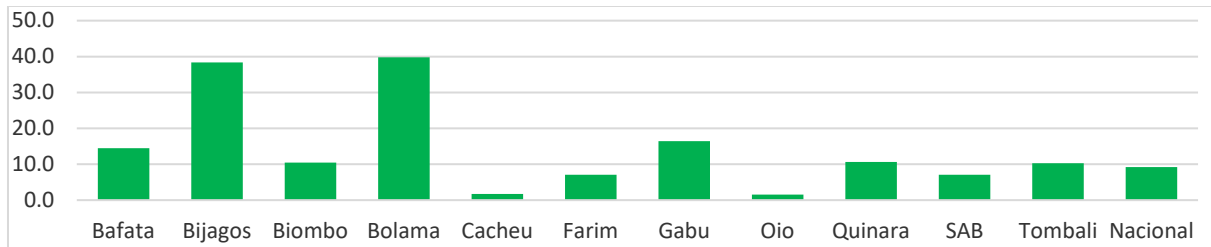
Gráfico 12. Evolução do Paludismo em 2017.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2017:19).

No que diz respeito a região com alto índice cita-se Bolama (398,2‰), Bijagós (383,4‰), Gabu (164,6‰) e Bafatá (144,3‰). De outro modo, temos as regiões com menor taxa de incidência, entre as quais estão: Oio (15,5‰) e Cacheu (17,5‰). (ver o gráfico 13).

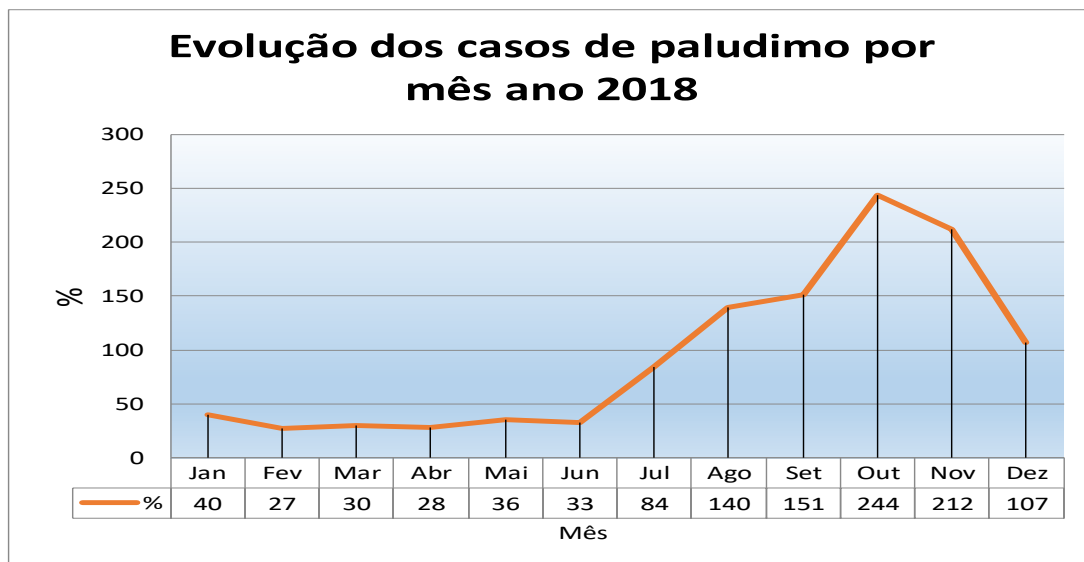
Gráfico 13. Taxa de incidência do paludismo por região, ano 2018.



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2018:7).

De mais a mais, contactou-se que no mês de outubro e novembro foi vivenciado um elevado número de casos da malária. (Instituto Nacional de Saúde Pública – INASA, *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo 2018:10). Vide gráfico 14.

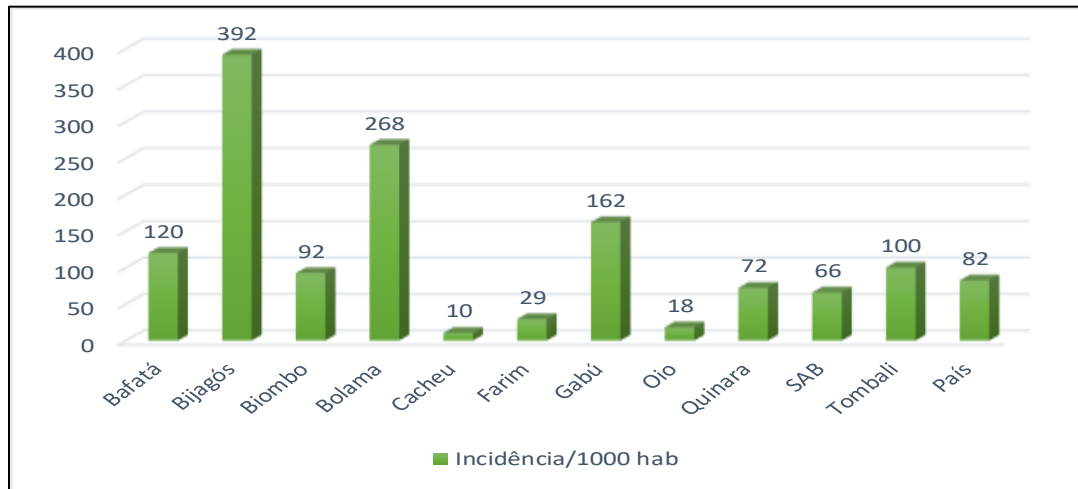
Gráfico 14. Evolução do Paludismo em 2018.



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2018: 10).

No que diz respeito às regiões com mais incidência, estas são: Bolama (268‰), Gabu (162‰) e Bafatá (120‰). De outra parte, temos as regiões sanitária com menor incidência tais como: Cacheu (10‰), Oio (18‰) e Farim (29‰). (INASA:2019, *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo 2019:7).

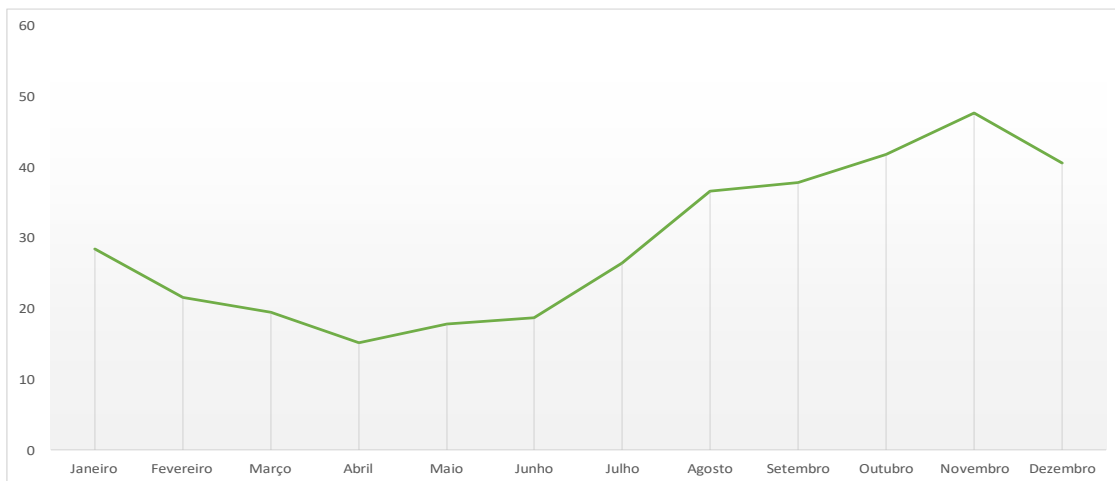
Gráfico 15. Taxa de incidência do paludismo por região, ano 2019.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2019: 7).

Pois, ilustra o INASA (2019, *apud* Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo 2019:10), no mês de outubro e novembro é constatado o maior número do paludismo. Ver gráfico nº 16.

Gráfico 16. Evolução de casos de paludismo, ano 2019.



Fonte: Relatório Anual do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (2019: 10).

CONCLUSÕES

Após o vasto périplo em redor da presente dissertação, podemos concluir que a governança na saúde abordada no Cap. I (Enquadramento Teórico) é uma nova realidade advinda das experiências de sistemas integrados de saúde, nomeadamente os surgidos na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos da América. Após a independência, e com a aprovação de nova CRGB ao regime civil (1984) a saúde na Guiné-Bissau torna-se livre para desenvolver uma abordagem própria e autónoma, sendo esta a circunstância que deu origem ao primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I) orientado por princípios de consolidação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Posteriormente, surgiu o segundo (PNDS II) e, por último, o terceiro (PNDS III). Todos eles são caracterizados pela falta de êxito, que deriva da instabilidade política e governativa e, por outro lado, da falta de vontade política. É de constatar até aos dias de hoje a ausência de edifícios e dos equipamentos respetivos, a fraca assistência médica e medicamentosa, ausência da unidade de saúde familiar. Factos esses que nos levam a entender que a governança na Guiné de um modo geral, não existe na prática.

Relativamente ao Cap. II, que diz respeito à metodologia, para alcançar as respostas das perguntas levantadas recorreu-se a um conjunto de variáveis (independentes e dependentes), ou seja, as conhecidas e as que devem ser descobertas. No entanto, tal operação foi feita sem pôr de lado o método indutivo ao dedutivo, isto é, de geral à particular. Portanto, para sustentar estas evidências tivemos por base os programas, planos, relatórios anuais, legislação, revisão bibliográfica e entrevistas. Mesmo assim, deparámo-nos com grandes dificuldades a respeito da matéria, dada a ausência/insuficiência de bibliografia relativamente ao tema.

Dedicou-se o terceiro e último Cap., a (Análise Empírica), sustentando que em África há períodos nos quais as pessoas ficam profundamente vulneráveis, correndo risco de vida. São eles, o período neonatal, primeiro ano de vida, primeira infância (até aos 5 anos de idade) e, nas mulheres, o período reprodutivo, tanto para doenças sexualmente transmissíveis como para complicações durante a gravidez, parto e período pós-natal. Ora, na Guiné-Bissau, a saúde continua a ser colocada em segundo plano. Evidencia disso é o facto de o bolo orçamental do governo gasto com a Saúde ser de apenas 5,18%, incumprindo o compromisso assumido pelo governo em Abuja, em 2001, nos termos dos quais foi acordado e ratificado pelos países da União Africana a adoção de um bolo orçamental dedicado à saúde correspondente aos 15% tendo em vista a melhoria do setor da Saúde. Como resultado,

a taxa de mortalidade materna entre 2007 e 2014 era de 900 mortes por 100.000 nados-vivos, entre as piores do mundo. Em 2015, a taxa de mortalidade materna era de 549 mortes por 100.000 nados-vivos. A origem tem que ver, muitas das vezes, com doenças como: VIH/SIDA, Tuberculose e Malária.

A doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é designada de (SIDA). A Guiné-Bissau é um dos poucos países com incidência de ambos os tipos de vírus da imunodeficiência humana, VIH1 e VIH2, com taxas de prevalência tendente a ser mais elevadas nos casos positivos para VIH1. É de salientar que em 2015 e 2016 a cobertura de cuidados para prevenir a transmissão mãe-bebé foi positiva por ter atingido 67,8 por cento e que a ação de prevenção foi baseada efetivamente nas consultas pré-natais para, monitorizar a transmissão vertical de mãe para filho. A par desta tem-se a Tuberculose, uma doença que afeta a saúde pública da Guiné. Há muitos casos não diagnosticados em razão da ausência de uma mudança de mentalidade por parte dos visados, assim como da inexistência de recursos e aparelhos sofisticados que permitam detetar a doença, sobretudo nas crianças. O país conheceu dois casos: TB e BK, os primeiros continuam a verificar-se num número insignificante nas crianças. Quanto aos Adultos jovens, isto é, entre 15-45 anos, estes são mais afetados, sendo o pico mais elevado na faixa etária de 25-34 anos, na qual os homens são mais contaminados.

Com o estudo preconizado, conclui-se que de entre as três epidemias, a mais agressiva é a Malária (Paludismo), ou seja, é uma das doenças que mais contagia e mata crianças e mulheres, e até homens. Assim o afirmamos porque mais de 50% da população guineense procura serviços de saúde com o motivo de fazer tratamento contra o paludismo principalmente em crianças menores de 5 anos de idade e em mulheres grávidas. De 2012 a 2019 Bijagós foi a região com a taxa de incidência mais elevada e Oio com menor taxa de incidência. O índice do paludismo é mais elevado no mês de julho a novembro. o que decorre da localização geográfica e a época da chuva. Pelo acima exposto, entendemos que esta é a altura de dar resposta às questões que colocámos:

A nossa resposta é positiva, *i.e.*, a aplicabilidade rigorosa da governança no Sistema Nacional de Saúde na Guiné-Bissau trará eficiência e eficácia, assim como boas oportunidades e desafios face aos cuidados de saúde primária e à redução da mortalidade materno-infantil.

Para terminar, na verdade não se deve falar da Promoção dos Cuidados de Saúde Primários na Guiné-Bissau, pondo de lado um princípio fundamental chamado “boa governança”. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico OCDE (2001) e do Banco Mundial, passa necessariamente pela *obrigação de dar conta*: as administrações públicas devem

estar à altura de mostrar a relação entre as ações que empreendem e os objetivos precisos convencionados previamente; *a transparência*: a ação, as decisões e a tomada de decisões são abertas ao exame dos setores da administração, do parlamento, da sociedade civil e, por vezes, de autoridades externas; *a eficiência e a eficácia*: as administrações públicas comprometem-se a uma produção de qualidade, nomeadamente, nos serviços aos cidadãos, e procuram adequar as suas prestações à intenção dos responsáveis da ação pública; *a reatividade*: as autoridades públicas têm os meios e a flexibilidade necessária para responder rapidamente à evolução da sociedade, tomam em consideração as expectativas da sociedade civil quando definem o interesse geral, e estão disponíveis a fazer o exame crítico do papel do Estado; *a prospetiva*: as autoridades públicas devem estar disponíveis, bem como estabelecer políticas que tenham em consideração a evolução dos custos e das mudanças previsíveis (demográficas, económicas, ambientais, por exemplo); *a primazia do direito*: as autoridades públicas fazem aplicar as leis, a regulamentação e os códigos, em total igualdade e transparência.

É exatamente nesta última perspetiva que toda a atuação do Estado deve basear-se, pelo respeito escrupuloso da Constituição e demais Leis da República, o que, por outras palavras, reside no princípio basilar e norteador da administração pública é o chamado, princípio da legalidade (art.º 8.º da CRGB).

ENTREVISTADOS

Sanhá, Fodé Caramba, Presidente de Sociedade Civil guineense. Entrevista realizada no dia 03/07/2021.

Mendonça, Júlio António. Secretário-Geral de UNTG-cs. Entrevista realizada no dia 04/07/2021.

Bá, Umaro . Funcionário de UNICEF, especialista em saúde. Entrevista realizada em 17/09/2020.

Djatá, Paulo. Funcionário de Ministério de Saúde Pública e coordenador do Programa de Luta contra Paludismo na Guiné-Bissau- PNLP. Entrevista realizada em 15/11/2020.

LEGISLAÇÃO

Constituição da República de 1984, na versão revista e aprovada pela Lei Constitucional n.º 1/96, publicada no Boletim Oficial n.º 50 de 16 de Dezembro de 1996

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEME – Associação Nacional das Empresas Metalúrgicas e Eletromecânicas (2018). *Enquadramento e perspectivas de desenvolvimento levantamento e caracterização das empresas comerciais e industriais*. Disponível in: https://www.aneme.pt/site/wp-content/uploads/2018/07/ESTUDO_guineBissau-1.pdf. Acesso no dia 10/07/2021.

Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos. Disponível in: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>. Acesso no dia 07/09/2021.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, disponível in: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso no dia 17/01/2021.

Guerreiro, C. S. et. al. (2017). *Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos*, artigo original.

Handem, A. (2008). *Análise institucional das organizações da sociedade civil, projeto no na tisi no futuro*. Disponível in: manual_analiseinstitucionaldasorganizacaoesdasociedadecivil_parte1.pdf (wordpress.com). Acesso no dia 03/07/2021.

Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais transformados em empresas – Análise do impacto na eficiência: Estudo comparativo*, ed., ISCSP, ISBN: 978-989-646-009-9.

Kaufmann, D. e Kraay, A. (1999). *Worldwide governance indicator*, artigo disponível in: [WGI 2020 Interactive > Documentation \(worldbank.org\)](https://www.worldbank.org/indicators/WGI). Acesso no dia 27/06/2021.

Liga Guineense dos Direitos Humanos (2018). *Relatório temático sobre o direito à Saúde na Guiné-Bissau*, Edição LGDH.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*, São Paulo: Atlas.

Mendes, E. V. (2009). *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Representação Brasil. ISBN: 978-85-89239-77-6.

Ministério da Economia e Finanças Direção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5)*, edição UNICEF.

Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. (2011). *Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015*.

Ministério de Saúde Pública (2019), Família e Coesão Social, Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde, Programa Nacional de Luta Contra a Lepra e Tuberculose (PNLT): Relatório anual de atividade de 2016-2019. Bissau.

Ministério de Saúde Pública. Família e Coesão Social. Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde. Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo (PNLP): Relatório anual de 2013-2019. Bissau.

MINSAP (Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau). (1997). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002*.

MINSAP (Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau). (2012). *Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact (IHI) - Stratégies pour l'accélération de la réduction des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvénile en Guinée-Bissau*.

MINSAP (Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau). (2007). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*.

MINSAP (Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau). (2017). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022—PNDS III*.

Organização Mundial da Saúde (2014). Escritório Regional para a África, *Saúde das pessoas: o que funciona*: Relatório sobre a Saúde na Região Africana. Estatísticas de saúde. Luxembourg: Organização Mundial da Saúde.

Pisco, L. (2007). Sistema de qualidade da saúde, *in: Investir em saúde, contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector de saúde* (pp. 95-105). Lisboa: Gabinete de Gestão do Saúde XXI.

Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (2016), Relativo aos Direitos das Mulheres em Africa. Disponível in: https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-0027_protocol_to_the_african_charter_on_human_and_peoples_rights_on_the_rights_of_women_in_africa_p.pdf. Acesso no dia 07/09/2021.

CEDEAO (2016).Quadro de Política da CEDEAO para a Reforma e a Governação do Setor da Segurança .Feito em Dakar 04/06/2016; disponível in: <https://www.ecowas.int/wp-content/uploads/2018/08/ecowas-policy-framework-on-ssrg-portuguese-adopted.pdf>. Acesso no dia 27/06/2021.

Ramos, V. (2007). *Balanço sucinto da execução do programa, in: Investir em saúde, contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector de saúde*. Lisboa : Gabinete de Gestão de Saúde do Século XXI, D.L

Silva, A. M. S. (2007). *Rede de serviço de saúde pública, In: Investir em saúde, contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector de saúde*. Lisboa : Gabinete de Gestão de Saúde do Século XXI, D.L

UNIOGBIS (2017). Secção de Direitos Humanos. ACNUDH Disponível in: https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/report_on_the_right_to_health_-guinea-bissau_portuguese_.pdf. Acesso no dia 07/09/2021.

Voz di Paz (2010). Guiné-Bissau - *As causas profundas de conflitos: a voz do povo – Resultados da auscultação nacional realizada em 2008*, edição: Voz di Paz/Interpeace.