

# **SAÚDE DA FAMÍLIA NA GUINÉ-BISSAU: ESTUDO DE IMPLEMENTAÇÃO NA REGIÃO SANITÁRIA DE BAFATÁ<sup>1</sup>**

**Marilene Gomes Menezes D'Alva<sup>2</sup>**

## Introdução

A Guiné-Bissau é um pequeno país da África ocidental. O governo colonial, não adotou uma política específica de saúde direcionada à população. Esta não tinha acesso aos serviços prestados e optava pela prática de medicina tradicional, que constitui um hábito até hoje.

Com a independência, o governo nacional começou a organizar um serviço da saúde com amplitude universal, nacional e gratuito embora fortemente dependente da ajuda

---

<sup>1</sup> Esta apresentação é resultado do estudo realizada para obtenção do grau de Mestre na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ/ MS – Brasil: “Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau: análise do processo de implementação do programa, através do estudo do caso de implementação na região de Bafatá”, sob orientação da Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça..

<sup>2</sup> Médica em função na região de Bafatá, República de Guiné-Bissau, Diretora do hospital regional de Bafatá e membro de Equipa regional de Bafatá. Mestranda no Programa de em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ/ MS – Brasil.

externa (mais de 85% do financiamento do setor). Em 1976, iniciaram os apoios técnico e financeiro de Organismos Internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial, UNICEF, Cooperação Holandesa e outros que se constituem nos principais parceiros do Ministério de Saúde Pública (MINSAP) da República da Guiné-Bissau.

Como um País jovem, à saúde da sua população depende ainda de fatores organizacionais para funcionamento, gestão e financiamento do sistema nacional de saúde, com vista à cobertura efetiva de serviços de saúde. Também são esperadas mudanças no contexto socioeconômico no meio ambiente, nos hábitos e costumes que influênciam na saúde.

Para eficácia destes fatores, o governo empenhou-se num processo de consultas setoriais para melhor dar a coordenação e mobilização da ajuda, técnica-financeira através de uma abordagem global, no quadro de um programa de ação. Em Junho de 1997, o Ministério de Saúde organizou uma mesa redonda setorial, cuja ênfase incide na elaboração e apresentação de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) para o período de 1998-2002 que apóia-se a reorganização de saúde no País.

Este plano apresentou um quadro estratégico aprovado pelo governo para as intervenções sanitárias ao longo dos cinco anos, cujo objetivo geral era contribuir para melhoria da situação socioeconômica e bem estar da população da Guiné-Bissau. Isto implicou que o sistema nacional de saúde deveria ser reforçado para responder às necessidades gerais e específicas das populações de cada região, em todos os níveis: serviços de prestação de cuidados, estruturas de gestão e respectivas ligações funcionais intra e intersectoriais este último consiste em uma comunicação entre as estruturas de gestão em diferentes níveis, com: nível central e nível regional existem os seguintes órgãos que fazem ligações: o Conselho Diretivo é o órgão de consulta que coadjuva o Ministro na definição, orientação e controlo da política do MINSAP; o Conselho Técnico da Direção Geral de Saúde Pública (CT/DGSP) é um órgão colegial de consulta na área de saúde para apoio à DGSP e surge como instância apreciável autoridade resultante da sua composição e de análise coletiva de que beneficiam as suas recomendações; grupo de supervisores nacionais que assegura uma supervisão integrada do nível central às regiões; coordenação da formação contínua assegurada pela Direção de recursos humanos e Escola nacional de

Saúde e o processo de planificação anual. Nível regional e áreas sanitárias: as ligações funcionais entre estes órgãos são constituídas à volta de supervisões das Direções Regionais às áreas sanitárias, avaliação e programação semestral com participação de todas as áreas sanitárias e respectivos comitês de gestão, envio, análise e retroinformação em relação ao Sistema de Informação Sanitária regional, formação contínua, comissão regional de seguimento de Iniciativa de Bamako e outras.

Na segunda linha estratégica do PNDS, estava o reforço institucional das capacidades de gesta, que promovesse e a distribuição de recursos financeiros e materiais da forma mais eficaz, mais equitativa e mais transparente. Identificou-se oito ações prioritárias para atingir esse objetivo, entre as quais se destacou a integração dos programas técnicos centrais. Com intuito de melhorar a utilização de recursos e de conseguir melhor coerência e coordenação entre múltiplos programas verticais de saúde. Assim foi criado o Programa Saúde de Família na Guiné-Bissau.

Mesmo com a integração dos programas, ainda não superou inúmeros fatores que se constituem em estrangulamento para sua implementação. O País continua enfrentar vários problemas de saúde. Segundo o PNDS (1998-2002), os problemas específicos da saúde da população resumem-se nos seguintes:

- Uma mortalidade materna/infantil elevada
- Violências sexuais infantis/ mutilação genital feminina
- Baixo índice da escolaridade
- Práticas e hábitos culturais e tabus
- Práticas sexuais precoces
- Infertilidade e esterilidade

Assim, este estudo tem por objeto o “Programa Saúde da Família na Guiné”, e tem os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar o processo de implementação do programa Saúde da Família na Guiné-Bissau,

através do estudo do caso de implementação em uma região sanitária, com foco no componente de atenção materno/infantil.

Objetivos específicos:

- Compreender como se conceitualiza Saúde da Família na Guiné Bissau, tendo por perspectiva uma visão ampla que sintetizou as experiências do Programa Saúde da Família em outros países no plano conceptual e operacional;
- Aprender o processo de implementação do Programa Saúde da Família, a partir de seus principais gestores;
- Estudo do caso na região de Bafatá com ênfase na atenção materno/infantil.

O Programa se apresentou como uma missão nacional bastante ampla de integralidade de cuidados em saúde. Ele deveria coordenar e orientar as Direções Regionais na execução das atividades operacionais, o que não vem acontecendo. O Ministério não tem cumprido com a recomendação do PNDS, de periodicamente rever a missão do programa nacional, bem como a adequação de recursos atribuídos ao mesmo e analisar se o funcionamento destes são compatíveis e coerentes com as necessidades dentro de um sistema global de cuidados integrados.

Este estudo visa compreender se a implementação do programa modificou a integração dos seus componentes, desde a coordenação nacional até a base local em uma região selecionada.

## I. Caracterização da República da Guiné Bissau e de sua Região de Bafatá

### 1.1 Alguns indicadores geográficos

A República da Guiné Bissau fica situada na Costa Ocidental da África. A sua superfície total é de 36 125 km<sup>2</sup>. As marés alargam as terras até 150 km o que torna difícil o acesso a certas regiões, com maior agravamento durante a estação chuvosa. O país é constituído por uma parte continental e uma parte insular que engloba o Arquipélago de Bijagós, composto por cerca de 90 ilhas e ilhéus, dos quais somente 17 são habitados.

## 1.2 Situação sócio-demográfico

Segundo o recenseamento de 1991 estima-se a população para 2002, aproximadamente em 1,3 milhão de habitantes (fonte: Direção de Higiene e Epidemiologia/Ministério da Saúde) à taxa de crescimento anual de 2,3 %. As mulheres representam 51,6% da população contra 48,4% de homens.

A esperança de vida à nascença é uma das mais baixas do continente africano, a saber, 44 anos. Culturalmente observam-se dois grupos principais, os animistas, que predominam nas zonas costeiras e os muçulmanos no leste. Entre os animistas, o grupo maior é representado pelos balantas, que são igualmente o maior grupo étnico do país; os demais grupos são constituídos por manjacos, papéis, mancanhas, beafadas bijagós, felupes, nalús. Os muçulmanos são essencialmente representados por fulas e mandingas.

A presença de tão grande diversidade étnica determina a existência de um mosaico lingüístico no qual se podem reconhecer cerca de 30 línguas.

## 1.3 Situação político administrativa

O país foi vítima de várias intervenções militares que terminaram em golpes de estado e derrubamento do governo. O último foi no de uma guerra civil e militar que durou um ano, o que sucedeu o espaço para segunda eleição em 1999, na qual venceu o Partido de Renovação Social (PRS). Este governo também não chegou ao fim do seu mandato também derrubado por um golpe de estado. No início de 2º trimestre de 2004, fez-se outra eleição, que deu maioria parlamentar a o PAIGC, formou um novo governo.

Como se pode constatar o País vive em permanentes conflitos, caracterizando-se por uma constante instabilidade política.

O país encontra-se dividido administrativamente em oito regiões e um setor autônomo: as regiões de Bafatá, Biombo, Bolama/Bijagós, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, Tombali e o setor autônomo de Bissau (SAB)<sup>3</sup>. Cada região subdivide-se em setores (num total de 36) e por sua vez os setores estão subdivididos em secções compostas por

---

<sup>3</sup> Setor Autônomo de Bissau (SAB) – é um setor da Região de Biombo, mas, que tem a sua Autonomia. E é o Capital da República da Guiné-Bissau.

“tabancas” (aldeias).

Figura 1: mapa político administrativo da Rep. da Guiné-Bissau

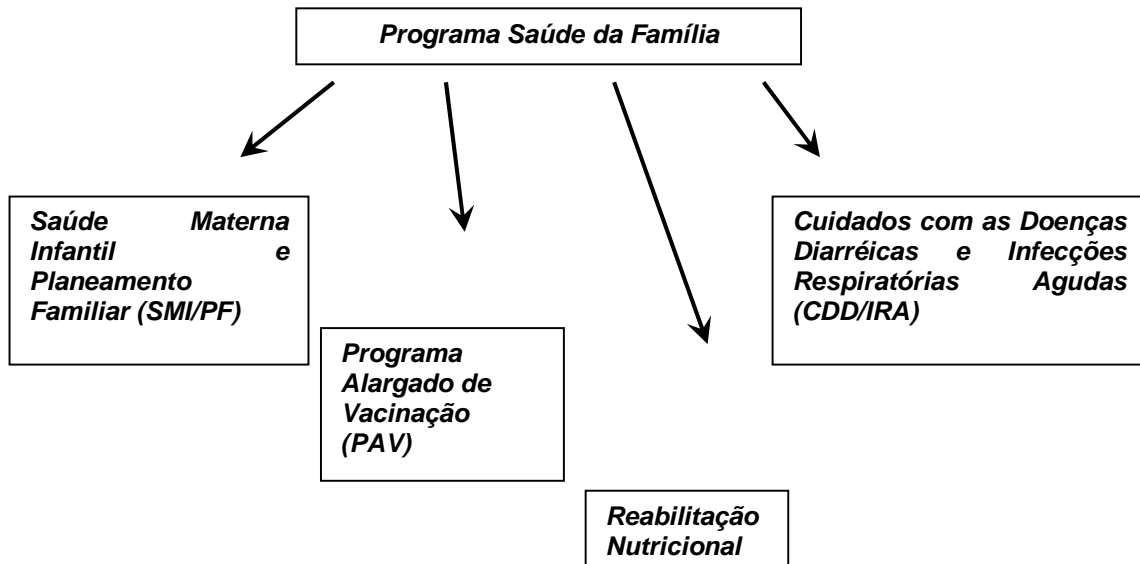


Regiões e número de habitantes em 2002:
Bissau – 359 048
Bafatá – 179 125
Biombo – 63 812
Bolama – 8 481
Bijagós – 22 699
Cacheu – 100 316
Gabú – 182 653
Oio – 193 696
Quinará – 57 814
Tombali – 78 275
Total – 1 326 585.

## II. Programa saúde da Família na Guiné

Baseada na 30ª Assembléia Mundial de Saúde, cujo lema é “Saúde Para Todos até o Ano 2000”. Em 1978 em Alma-Ata, tendo como estratégia central a Atenção Primária em Saúde e com a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para o período de 1998-2002 deu-se prioridade a integração dos programas verticais e técnicos centrais. Assim, em 1998, com processo de integração foi criado o Programa Saúde de Família com o objetivo de prestar serviços de saúde a partir de uma abordagem global do indivíduo e da

família, de coordenar e fazer uso racional dos recursos. Incluem no programa os seguintes:



O programa tem uma estrutura central da equipa de coordenação, composta por um coordenador, coordenador adjunto, administrador e quatro representantes dos programas verticais integrados já definidos. E uma representação de um elemento em cada da equipa regional de saúde. As agentes saúde de base e matronas funcionam sob orientação dos responsáveis de cada áreas sanitária. Este sob orientação da equipa regional de saúde.

### **III. Procedimentos Metodológicos**

Esse estudo compreende duas fases de coleta e análise de dados. A primeira fase, encaminhada descritivamente com base na revisão bibliográfica, relativa a conceito de Atenção Básica, sua origem e relação com Programa Saúde de Família, recolha de experiência internacional de alguns países, onde em primeiro momento deu-se coleção de documentos técnicos, oficiais, publicações, relatórios dos trabalhos, Congressos, Conferências referentes às experiências internacionais e documentos normativos referentes ao PSF no Brasil. Nesta etapa recorreu-se, basicamente, ao acesso da documentação nas

bibliotecas do Ministério de Saúde do Brasil – nos acervos da FIOCRUZ, e da Bireme - á página eletrônica, aos contactos estabelecidos no departamento da Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – Nupes e sem falar da ajuda especial da minha orientadora, também das minhas colegas e alguns contactos pessoais com muitos professores das diferentes disciplinas, entres outras. A base destas documentações procurou-se seleccionar experiências de Saúde da Família que pudesse ser considerada bem sucedida. Buscou-se a descrição das experiências dos outros países em saúde de família, concluindo com uma síntese das principais características dos sistemas de saúde, que pretenderam uma abordagem integrada da saúde de suas populações.

A segunda fase foi desenvolvida por meio da realização de um trabalho de campo através do estudo de caso na Guiné-Bissau, com a utilização de técnicas de investigação com entrevistas semiestruturadas a um conjunto de gestores dos níveis central e regional parceiros internacional, responsável nacionais e regional de PSF. A região escolhida é de Bafatá e as suas respectivamente as áreas sanitárias.

No nível central foram realizadas entrevistas com gestores do Ministério de Saúde, parceiros internacionais e a coordenação do Programa de Saúde de Família. No nível regional, a Direção Regional. Todos estes, a partir de roteiros estruturados em torno de quatro dos seguintes tópicos: identificação dos atores – apreciação de estrutura - atores envolvidos no nível da direção do programa; História de implementação do programa - formulação da política, motivação, definição e engajamento do MS, dimensão temporal e atores estratégicos, mobilizados ou não: apoio e resistências à implementação do programa subprocessos e estágios pelos quais se desenvolverá a implementação Integração do sistema, modalidades, integralidades da atenção; os recursos humanos - atores estratégicos á nível da execução, gestão de recursos humanos para Saúde da Família; principais problemas que a coordenação enfrenta – dimensão temporal.

Com exceção dos responsáveis das áreas sanitárias e ASB/Matronas, estes com cinco tópicos no qual foram adicionadas as atividades realizadas nos centros de Saúde e Unidades de Saúde Base no roteiro.

#### IV. Resultado



A análise de dado, quanto à questão de origem da atenção básica à Saúde suas interpretações na prática social e a relação do Programa Saúde da Família, o estudo evidencia que atenção básica tem a sua origem desde 1920, com a divulgação do relatório Dawson, que propôs a reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização, integração das áreas preventivas e curativas em que o Estado deveria assumir o papel provedor e controlador de políticas de saúde. A partir dessa altura, foi preconizada a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis principais de serviço de saúde: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino.

Este clássico documento, descrevendo as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, constitui a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, e influenciou a organização desses sistemas em vários países do mundo.

Até que, em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde, na sua trigésima reunião anual, decidiu unanimemente que a principal meta social dos cidadãos dos governos participantes deveriam ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar a vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária.

A catalogação da atenção primária à saúde, como doutrina universal, veio a dar-se na Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979). O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em Maio de 1979.

Essa conferencia, especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde incluem pelo menos:

“educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidado de saúde

materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais”.

(Declaração de Alma-Ata, 1978).

Quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto as maiorias dos países em desenvolvimentos ainda estavam longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e por conseqüência, de implementação.

(Vuorí, 1984).

Assim surgiram várias interpretações da atenção primária à saúde através de ambigüidade de algumas das suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo “Atenção Básica à Saúde”, em algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instruir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Mendes (1999) chama atenção para três interpretações principais da atenção primária à saúde: a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviço de saúde. Essas decodificações em torno da atenção primária podem ser encontradas em vários países e, às vezes, convivem no mesmo país.

No primeiro caso, está-se diante da atenção primária como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; no segundo, como o primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde; no terceiro, como uma estratégia de reorganização de todo o sistema de serviços de saúde.

A decodificação da atenção primária á saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a que se utiliza neste trabalho. São várias as razões. É a interpretação mais correta do ponto de vista técnico, é mais ampla podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas e perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento de um País e com o volume de gasto público em serviços de saúde que se depende.

Portanto a partir da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais que coincide respectivamente com a terceira interpretação da atenção básica considera-se que é a origem do programa de Saúde da Família. Contudo existem várias denominações deste em diversos Países. Segue algumas considerações acerca das experiências de alguns países no quadro abaixo:

Quadro de comparação de experiência internacional da estruturação da Atenção Básica: características de organização do sistema de saúde.

Características	Países					
	Reino Unido	Canadá	Cuba	Brasil	E. Unidos	Guiné - Bissau
<b>Acesso</b>	Universal (acessibilidade a todos cidadãos)	Universal (cobre 100% da população)	Universal (cobre 100% da população)	Universal (Ainda com dificuldades na cobertura)	N. universal	Universal (Ainda com dificuldades na cobertura)
<b>Oferta de serviço</b>	Grande predomínio do setor público na oferta de serviço	Grande predomínio do setor público na oferta de serviço	Sistema totalmente público	Público/privado	Grande predomínio do setor privado	Grande predomínio do setor público na oferta de serviço
<b>Papel do Estado</b>	Forte regulador do estado			regulador do estado	Estado não se sente responsável pela coordenação de uma política nacional de saúde	regulador do estado
<b>Setor privado</b>	Baixo peso do setor privado (10% assistências)	95% dos hospitais privados sem fins lucrativos	Baixo peso do setor privado	Alta influencia do setor privado	Apoio essencialmente no setor privado	Baixo peso do setor privado
<b>Custo assistencial</b>	Não gratuito	Não gratuito	gratuito	gratuito	Não gratuito	Não gratuito
<b>Formação</b>	Escolas de medicina com currículos voltadas para graduação e pós graduação			Pólos de capacitação em saúde da família	AMA criou fundamento de uma política federal e estatal para cursos pós-graduação	Escolas de medicina sem currículos voltadas para graduação e pós graduação. Alguns cursos de capacitação direcionada á PSF.
<b>Função/médico – gener.</b>	Estes com cinco áreas básicas de atuação. Clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria.				Profissionais médicos liberais atendem pacientes nos seus consultórios	Médicos de clínica geral, estes com cinco áreas básicas de atuação. Clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria.
<b>Porta de entrada</b>	Médico generalista	M. generalista e especialista	Médico generalista	Nas áreas implantadas	Só nas áreas periféricas urbanas, onde AMA encaminhar médico	Agentes Saúde de Base, enfermeiros responsáveis dos centros de saúde, e médicos clínica geral nos hospitais soterrarias, regionais e nacional.
<b>Formação de equipes</b>	Equipe da atenção primária (médico generalista, enfermeiro, <del>visitadores</del> domiciliares e as vezes dentistas	Equipa básica (15-20 médicos e enfermeiros divididos em setores de 130 famílias com um consultório e residência do médico		Unidades básicas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitário de saúde)	Médicos atuam como profissionais independentes/liberais, atende de uma forma individual os membros de família	Não existem equipas de PSF.

Na base da relação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família acima referida, o estudo mostra através da análise das experiências de alguns países, que cada um destes ocorreu uma série de reformas do aparelho do Estado e da proteção social, tendo como uma das finalidades básicas garantir o acesso universal aos cuidados e serviços de saúde com base numa estratégia que privilegia a atenção primária, ou seja, numa assistência à saúde que visa a desenvolver promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Revestindo-se em contornos próprios, moldados pelo sistema de saúde em que está inserido: universal e gratuito em Cuba, Canadá e Brasil; universal não gratuito, Reino Unido e a Guiné-Bissau; não universal e nem gratuito nos Estados Unidos.

Também se constatou as diferentes denominações dos serviços ou programas. E se pode adiantar que estes, embora se denominem diferentemente como “médico de família”, “medicina da família” ou “saúde da família” estão todos no mesmo contexto. Assim, médico de família é definido como um profissional da primeira linha, que presta atendimento precoce, de qualidade e resolutivo, de forma integral e contínua ao indivíduo, família e comunidade. Ele se situa em equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local (unidade básica, no caso do Brasil ou equipe básica, caso de Cuba) de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. De igual modo, “Medicina de Família e/ou Saúde de Família” têm a mesmas funções.

A segunda parte deste trabalho, que é a pesquisa de campo procurou analisar o perfil dos profissionais relacionados direta ou indiretamente com o programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, processo de implementação, a situação dos recursos humanos, as atividades realizadas nas instituições de saúde e os problemas que poderia existir para continuidade do Programa seja do diferentes níveis, do caráter técnico ou político. Estudo realizado através da entrevistas com gestores do nível central e profissional de saúde do nível regional e local da região de Bafatá e as sua respectivas áreas sanitárias.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais relacionados com o programa nos três níveis, considerando em média: idade, tempo de formação, tempo no programa ou na função, formação, seleção.

Níveis	N	Idade em anos (média)	Tempo da formação (média)	Tempo no programa (média)	Formação superior	Formação média	Classe mínima	Seleção para função
Central	12	48	21.2	4.8	8	4		1
Regional (direção)	3	40	15	13	1	2		0
Local: resp. AS	7	40.5	15.1	15.7		7		0
ASB/Matronas	18	42.6	21.1	Tempo indeter			18	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>42.7</b>	<b>18.1</b>	<b>11.1</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>1</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Os profissionais dos três níveis têm uma média de 42.7 de idade, sendo que, os de nível central são de mais idade. O estudo mostra que, todos estes profissionais têm uma larga experiência com a média de 18.1 anos, a partir dos 15 a 30 anos de tempo de formação e uma média de 11.1 anos se encontram no programa ou em outras funções exercidas ao nível de saúde. É de enfatizar que, o coordenador está a 10 anos no comando do programa, desde a sua formulação até o momento, seguido do coordenador adjunto há seis anos com exceção dos responsáveis que o tempo variou de três a um ano. No caso do administrador, o mais novo, recém formado de cinco anos de carreira e um ano no

E os atores entrevistados do Ministério, os parceiros do organismo internacional assim como os da coordenação foram os que participaram na formação e formulação do PNDS. Os da coordenação são compatíveis para as suas funções no Programa. O estudo detectou a falta de elementos na coordenação do programa. Têm uma dificuldade na recolocação, ou melhor, de substituição de pessoal. Mesmo o coordenador do programa comentou o seguinte:

*“... falta de pessoal para tanto trabalho, para dar*

*resposta às tantas solicitações dos diferentes parceiros intervenientes no programa”.*

Houve a questão da existência ou não, do PSF na Guiné-Bissau, e para sua verificação será apresentada a tabela a seguir:

Tabela 2 – Número e percentagem da existência do Programa Saúde Família na Guiné-Bissau, nos diferentes níveis de saúde

	Nível Central			Nível regional e local			Total	
	Gestores MINSAP	Coord. PSF	Parceiros	Dir. reg.	R. Centros de Saúde	Agente Saúde de Base	N	%
Sim	3	5	2	3	7	18	38	95 %
Não	1	0	1	0	0	0	2	5 %
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Fonte: pesquisa (entrevista)

Dos quarentas entrevistados, sobre a existência ou não do Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, 95% afirmam positivamente, correspondendo a 38 atores, e 5% deram respostas negativas o que representa dois entrevistados. Contudo é de realçar a resposta de um dos entrevistados:

*“... embora se possa apontar alguma deficiência são pouco genéricos, em relação às dificuldades do País. Mas existe Saúde da Família, claramente identificada e mesmo ao nível da representação, nós temos um domínio de intervenção específica da SF que eu diria que tem três componentes; uma parte dirigida às crianças e adolescentes sobre investigação na área de Saúde Reprodutiva e uma da Saúde da mulher”.*

*(Entrevistado )*

O programa foi formulado a quando a elaboração do PNDS, no qual foi adotada a denominação oficial, através de uma discussão dos profissionais em que optaram a decisão da maioria.

Na estratégia de implementação a temporalidade foi definida num período de 1998 a 2002. Com o lançamento deste, ocorreu uma grande mobilização nacional, através de seminários regionais e nacionais envolvendo diversas entidades regionais. Nestas se apresentaram às diretrizes e componentes da intervenção. Mas só que as diretrizes e os componentes apresentados foram tudo da Saúde Reprodutiva. E até hoje persiste essa resistência da denominação. Pela a segunda vez que a denominação é levada a discussão para a substituição, não é aceite por coletivo. No decorrer da entrevista surgiu a seguinte pergunta a este propósito: no documento oficial está denominado “Saúde Família” e o programa trabalham com “Saúde Reprodutiva”. Doutor, o que acha seria oportuno oficializar a denominação Saúde Reprodutiva ou continuar com Saúde da Família e trabalhar o instrumento em Saúde Reprodutiva? A resposta foi o seguinte: “já nem nos preocupamos em chamar agora qual é o nome, o importante é trabalharmos nos conteúdos para vermos que o conceito está a ser implementado. E ele continuou...”.

*“... a quando da atualização do PNDS, houve da parte do programa uma tentativa de mudar o nome da Saúde da Família para Saúde Reprodutiva. Assim como de outra vez foi negados a denominação de Saúde Reprodutiva”.*

Mais qual seria a razão da negação?

*“ainda receio de que a população não está habituada a ouvir Saúde Reprodutiva”.*



*“... a nossa prioridade neste momento é de fazer o governo adotar e reconhecer a política de Saúde Reprodutiva quer dizer oficializar um instrumento da Saúde Reprodutiva”.*

O estudo constatou que os atores a favor a denominação de Saúde Reprodutiva, estes não diferenciam a limitação deste último. Achar que “Saúde Família” “Saúde Reprodutiva” têm mesmos conceitos.

Contudo, o processo de implementação foi inserido na agenda política do governo, através da elaboração e lançamento do PNDS. Neste foi definido as missões do programa. Entre as quais: apoiar o MINSAP na elaboração de políticas e estratégias globais e propor normas, procedimentos, indicadores, suportes de gestão e recursos necessários às atividades operacionais os objetivos. O estudo confirma a elaboração da política e estratégia do programa, normas e procedimentos entre outros, mas tudo na base de Saúde Reprodutiva. Este círculo de discussão à volta da denominação se observa principalmente á nível central. Ao passe que no nível regional observa-se mais a familiarização com a denominação do PNDS e os componentes foram referidos de acordo com que está no documento. Aqui fica, uma pergunta: cabe a quem decidir “Programa Saúde da Família” ou “Saúde Reprodutiva”?

Uma outra questão é de a integração do Programa Alargado de Vacinação. Na primeira etapa de implementação chamada “Etapa de transição”, este componente estava representado na intervenção, mas no momento o mesmo está em outra direção. Será que continuará na outra direção?

O PSF na Guiné surgiu, na base de integração e coordenação do programas verticais, prestação de cuidados de saúde baseados na abordagem integral do individuo e da família e racionalização dos recursos. Conforme mencionado, o programa tem uma coordenação, cuja composição já foi referida acima e uma representação em equipe regional. Esta, como tem função operacionalização e execução das atividades. No nível regional, a equipa regional junto das responsáveis das áreas sanitárias têm um mecanismo de programação conjunta das atividades, numa integração com outros programas como grandes endemias e outros tendo em conta assim às necessidades da região. As atividades são agendadas e executadas nas respectivas áreas sanitárias.

É de salientar que, os diferentes programas cuja integração é difícil no nível central, no nível regional e local, eles são programados e executados pela mesma direção nas áreas diferentes. O que mostra que seria possível uma integração também no nível central.

Portanto, não existe uma equipe específica de Saúde de Família como o de Canadá, Cuba ou de Brasil. A diferença é que – como exemplo do Brasil – a equipe do PSF localiza-se no local e constituída por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais. Na Guiné existe uma equipa técnica no centro de saúde que serve não só para executar as atividades o PSF, mas também de outros programas do sistema conforme já mencionados. O atendimento é prestado no centro e nas estratégias avançadas<sup>4</sup> pelo referidos técnicos e nas unidades saúde de base e domicílio pelos agentes de saúde de base e matronas.

No entanto, permanecem alguns problemas relacionados aos recursos humanos identificados pelos responsáveis das áreas sanitárias e também através da análise e observação neste estudo. Conforme mencionado, nas sete áreas sanitárias também têm a questão da rotatividade do enfermeiro em geral e os médicos no que concerne à substituição, como no centro de saúde tipo “B” rural, um médico saiu e até o momento não foi colocado outro no seu lugar. Isto é um problema que fracasse as atividades às vezes. Em outras palavras, quando um médico sai por transferência, por motivo de doença ou às vezes por falecimento, nem sempre há reposição imediata deste profissional. É o caso do Centro de Saúde de Cosse. E igual problema acontece com os enfermeiros e outros profissionais.

O Ministério até o momento não conseguiu colocar médicos nos dois Centros de Saúde tipo “C Urbano”, o de Bambadinca e Contoboel. Por momento o de Bafatá tem cobertura de médico do hospital regional, por parte de médico da ginecologia e obstetria do hospital regional de Bafatá.

Outras dificuldades relacionadas com a questão de recursos humanos, relatados pelos entrevistados do nível regional e local, que indiretamente influenciam nas atividades foram: atraso do pagamento de salário, a longa permanência na área sanitária, também a distribuição inadequada dos profissionais, o excesso num lugar e falta no outro. Tudo isso,

---

<sup>4</sup> Estratégias avançadas – atividades realizadas fora do centro de saúde, no ponto estratégico possibilitando

são fatores que causam a desmoralização dos profissionais.

Outra questão dos recursos humanos é a falta ou insuficiência de profissionais qualificados, a necessidade de formação, capacitação de recursos humanos. Esta situação estão demonstrada na tabela 3.

Tabela 3 – Recursos humanos por áreas sanitárias, na região de Bafatá, comparação entre a norma e a situação atual.

No	Centro de Saúde	Médic		Enf. Geral		Enf. auxil		Parteir geral		Part. auxil		Téc. Lab.		Aux. Lab.		Téc. Farm.		Total	
		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A
1	Bafatá	1	0	2	4	2	2	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	10	6
2	Bambadinga	1	0	2	1	2	4	1	0	2	0	0	0	2	1	0	0	10	6
3	Cambajú	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0.5 <sup>5</sup>	0	0	0	0	0	3.5	3
4	Contuboe	1	0	2	2	2	2	1	0	2	0	0	0	2	1	0	0	10	5
5	Cossé	1	0	1	1	2	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6	4
6	Fajonquito	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0.5	0	0	0	0	0	3.5	2
7	Gã-Carnês	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0.5	*	0	0	0	0	3.5	1
8	Gã-Mamudo	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0.5	1*	0	0	0	0	3.5	3
9	Gã-Turé	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0	3.5	2
10	Geba	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0.5	*	0	0	0	0	3.5	2
11	Sare Bacar	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0	3.5	2
12	Tendinto	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	* <sup>6</sup>	0	0	0	0	0	3	1
13	Xitole	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0	3.5	2
Total		4	0	16	12	17	23	13	0	6	1	4	2	7	2	0	0	67	39

Fonte: PNDS, 1998-2002.

A falta de recurso humano é dos grandes problemas de saúde na Guiné. O estudo mostra na tabela acima, a desigualdade entre norma e a situação atual. A análise por

assim a acessibilidade aos serviços, das populações cuja distancia é maior num raio de 5 Km.

<sup>5</sup> 0.5 – significa que um técnico de laboratório cobre duas áreas sanitárias. Exemplo: o técnico que se encontra em Gã-Mamudo, ele tem dias de semana que se desloca para Centro de Saúde Geba a fim de efetuar os exames. Assim acontece com outras áreas sanitárias que têm essa designação de “0.5”.

área sanitária – o total vertical – como o caso de área sanitária de Bafatá, o mínimo, de recursos humanos são dez profissionais, segundo a norma, mas se encontram seis. A deficiência de recursos humanos incide mais nos médicos e nas enfermeiras parteiras. A tabela mostra que não tem médicos ao nível dos centros de saúde e quase a região não tem parteira: toda a região necessita de 13 parteiras de curso geral, mas o estudo mostra que não existe nenhuma e 6 parteiras auxiliares só se encontra uma. Assim como os técnicos e auxiliares de laboratório. Segundo a distribuição do PNDS teria um técnico para duas áreas sanitárias o quer dizer para dois CS tipo “C”. O que significa que ele deve planificar a sua saída para efetuar exames nos dois centros. Como o técnico que está na Gã-Mamudo, ele faz cobertura de exames em Geba.

Pós são problemas sérios ao nível do País. Apesar de que essas lacunas são ocupadas por enfermeiro, que às vezes tem muita atividade a cumprir. Outro problema é de existir quantidade de enfermeiros auxiliares grupados às vezes num centro ou no hospital regional e se observar falta no outro serviço.

As infraestruturas dos centros de Saúde se encontram em bom estado e alguns estão a ser reformados. Quatro Unidades de Saúde de Base encontram-se fechados, a questão é relacionada com desvio de fundo ligado a venda de medicamentos. A direção regional está empenhada na resolução deste problema.

Na questão de verificação das atividades realizadas nas sete áreas sanitárias, o estudo mostra que todas estas infraestruturas praticam o chamado pacote mínimo das atividades. No, entretanto na análise dos dados das estatísticas verificou-se a baixa cobertura em algumas atividades como CPN, vacinações tanto nas mulheres como nas crianças e outras atividades. O que se pode confirmar nas tabelas seguintes:

Tabela 4 – Cobertura da CPN em ralação as grávidas previstas

Áreas sanitárias	Grávidas	Total	
	previstas	1 <sup>a</sup> consulta	Percent A S
Bafatá	2660	1515	57 %
Bambadinca	877	442	50 %
Contuboele	855	198	23 %

<sup>6</sup> o técnico de Contuboele deve cobrir os pacientes que precisarem de exames no Tendinto.

Cosse	734	296	40 %
Gã-Mamudo	591	280	47 %
Geba	478	138	29 %
Tendinto	214	40	19 %
<b>Total</b>	<b>6409</b>	<b>2909</b>	
<b>Porcentagem</b>	<b>100%</b>	<b>45%</b>	

A cobertura das consultas pré-natais nessas sete áreas sanitárias de 45%. O resultado é negativo, dado que não atingiu a meta de 70 % das consultas pré-natais programado. A área sanitária de Bafatá teve 57 % das visitas em relação às grávidas previstas, é o melhor resultado das sete Centros de Saúde, seguida de 50 % de Bambadinca, 47 % de Gã Mamudo e 40 % de Cosse. Os outros tiveram resultados críticos, abaixo de 30 %, como mostra a tabela

Tabela 5 - Média entre a 1ª consulta e visita repetida, nas 7 A S, 2002.

No	Áreas Sanitárias	1ª consul	Visit. Repet	Média
1	Bafatá	1515	2017	2
2	Bambadinca	442	575	2
3	Contuboel	198	149	2
4	Cosse	296	547	3
5	Gã-Mamudo	280	348	2
6	Geba	138	185	2
7	Tendinto	40	29	2
	<b>Total</b>	<b>2909</b>	<b>3850</b>	<b>2</b>

Nas sete áreas sanitárias, a média de consultas pré-natais nos gestantes é de 2 consultas a cada gestante. A meta da média é de no mínimo três consultas a cada gestante. A média geral é de 5 visitas a cada uma.

Tabela 6 – Relação entre a cobertura de partos em e visitas repetidas dom CPN

No	Áreas Sanitárias	Visit. Repet	Partos assistidos
1	Bafatá	2017	0
2	Bambadinca	575	136
3	Contuboel	149	182
4	Cosse	547	127
5	Gã-Mamudo	348	75
6	Geba	185	31
7	Tendinto	29	13
<b>Total</b>		<b>3850</b>	<b>564</b>
<b>Percentagem</b>		<b>----</b>	<b>15 %</b>

As gestantes que efetuaram uma média de duas visitas ou aquelas da 1<sup>a</sup> visita, ou melhor, as que receberam assistência em saúde, só 564 o que representa 15 % das 3850 gestantes tiveram parto nas suas respectivas instituições de saúde. Estando assim fora da meta que são 50 % de partos na instituição.

Tabela 7 – Relação entre partos assistidos, nados vivos e nados mortos, nas sete A S, região de Bafatá, 2002.

No	Áreas sanitárias	Partos ass	Nados vivos	Nados mortos
1	Bafatá	0	0	0
2	Bambadinca	136	132	4
3	Contuboel	182	168	14
4	Cosse	127	114	14
5	Gã-Mamudo	75	70	7
6	Geba	31	33	1

7 Tendinto	13	13	3
<b>Total</b>	<b>564</b>	<b>530</b>	<b>43</b>
<b>Percentagem</b>	<b>100%</b>	<b>94%</b>	<b>7.6%</b>

Apesar dos destes Centros de Saúde, não conseguiram atingir as grávidas que frequentaram as instituições de saúde, mas houve eficácia nesta atividade. Dos 564 partos assistidos, 94 % foram recém nascidos vivos e 7.6 % foram nados mortos.

Tabela 8 – Crianças menores de 1 ano estimadas em relação as vacinadas de BCG e sua percentagem.

No	Áreas sanitárias	Crianças < 1 ano	Total de crianças vacinadas	Percentagens
1	Bafatá	2010	1490	74 %
2	Bambadinca	663	653	98 %
3	Contuboel	646	588	91 %
4	Cosse	554	661	119 %
5	Gã-Mamudo	447	457	102 %
6	Geba	361	269	75 %
7	Tendinto	162	201	124 %
	<b>Total</b>	<b>4843</b>	<b>4319</b>	<b>89 %</b>

A cobertura geral é 89 % , que é bem próximo da meta que é de 90 %.

Durante a apresentação das tabelas e segunda a análise das coberturas das atividades verificou-se o não cumprimento das metas, contudo o padrão de trabalho observado é em geral conseguido, graças ao empenho, a dedicação e ao espírito patriótico da maioria dos profissionais.

#### Considerações gerais

O estudo mostra que deverá existir uma reflexão no que concerne a denominação, a missão de integração e coordenação do programa sobre a utilização do mesmo como grande potencial na reorganização da atenção básica.

O estudo aponta a necessidade de maior engajamento do governo na política de recursos humanos, no que diz respeito a formação, capacitação contínua para fins de qualificação de profissionais, pagamentos de salários e redistribuição dos mesmos nas diferentes áreas sanitárias. São requisitos para uma boa assistência, na prestação de serviços de modo a corrigir de desigualdade de recursos e para obtenção de boa cobertura nas atividades programadas.