

**ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO
DA OMS COM A
REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
2004-2007**

ÍNDICE

Lista das Abreviaturas	v
Prefácio	ix
1. Introdução	1
2. Quadro da Política Institucional da OMS: Orientações Estratégicas Mundiais e Regionais	3
2.1 Missão da OMS	3
2.2 Novos métodos de trabalho	3
2.3 Orientações estratégicas	4
2.4 Funções principais	4
2.5 Prioridades a nível mundial e regional	5
2.6 Melhoria da eficácia da OMS a nível dos países	6
3. Análise da Situação do país: Desafios para a Saúde e o Desenvolvimento	7
3.1 Demografia	7
3.2 Contexto económico	7
3.3 Governo	8
3.4 Financiamento do sector da saúde	10
3.5 Situação epidemiológica	12
3.6 Sistema nacional de saúde	16
3.7 Principais problemas de saúde e desafios	19
4. Apoio ao Desenvolvimento: Fluxos, Instrumentos e Coordenação da Ajuda ...	22
4.1 Tendências gerais do apoio	22
4.2 Principais parceiros e domínios de intervenção no sector da saúde	22
4.3 Mecanismos e instrumentos de coordenação	24
5. Programa Estratégico para a Guiné-bissau	25
5.1 Evolução do orçamento e das actividades nos últimos três biénios (1988-2003)	25

5.2	Evolução dos recursos humanos nos últimos três biénios (1988-2003)	28
5.3	Apoio do Escritório Regional e da Sede da OMS	29
5.4	Pontos fortes, pontos fracos e desafios	30
6.	Programa Estratégico da OMS para a Guiné-bissau	32
6.1	Reforço das parcerias para a saúde	33
6.2	Melhoria do desempenho dos serviços de saúde	34
6.3	Luta contra as doenças prioritárias	37
7.	As implicações do programa estratégico para a OMS	40
7.1	Implicações para a representação da OMS no país	40
7.2	Implicações para o Escritório Regional e a Sede da OMS	42
8.	Conclusão	43
	Documentos de referência	44

LISTA DAS ABREVIATURAS

AFRO	Escritório Regional Africano da OMS
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
ARO	Alto Risco Obstétrico
AVC	Acidentes Vasculares Cerebrais
BM	Banco Mundial
BAD	Banco Africano para o Desenvolvimento
BCT	Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas
CAH	Saúde e Desenvolvimento das Crianças e dos Adolescentes
CCA	Avaliação Comum do País
CCS	Estratégia de Cooperação com o País
DAF	Direcção de Administração e Finanças
DENARP	Documento Estratégico Nacional para Redução da Pobreza
DIEC	Direcção de Informação, Educação e Comunicação
DHE	Direcção de Higiene e Epidemiologia
DND	Dados Não-Disponíveis
DOTS	Terapia por Observação Directa de Curta-Duração
CPC	Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis
DPCAIE	Direcção de Planificação e Coordenação da Ajuda Externa
DRS	Direcção Regional de Saúde
EHA	Situações de Emergência e Acção Humanitária
ENS	Escola Nacional da Saúde
ERS	Equipa Regional de Saúde
FCFA	Franco das Comunidades Financeiras Africanas
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para População
FRP	Fazer Recuar o Paludismo
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GPD	Programa Geral de Desenvolvimento da OMS
HEC	Economista da Saúde

Lista das Abreviaturas

HIP	Informação e Promoção da Saúde
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HIV1/HIV2	Vírus de Imunodeficiência Humana tipo1/ Vírus de Imunodeficiência Humana tipo2
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HPR	Promoção e Investigação da Saúde
HRB	Hospital Regional de Bafatá
HRG	Hospital Regional de Gabú
HRH	Recursos Humanos para Saúde
IB	Iniciativa de Bamaco
IDA	Ações para o Desenvolvimento Internacional
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INEC	Instituto Nacional de Estatística e Censo
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MINSÁ	Ministério da Saúde
MNH	Saúde Mental
NCD	Doenças Não-Transmissíveis
JNV	Jornadas Nacionais de Vacinação
OGE	Orçamento-Geral do Estado
OMS/GUB	Representação da Organização Mundial da Saúde na Guiné-Bissau
ONG	Organização Não-Governamental
ONUSIDA	Programa das Nações Unidas de Luta contra a SIDA
OSD	Organização dos Serviços de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PDRHS	Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIP	Programa de Investimento Público

PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB	Projecto de Saúde de Bandim
RHR	Investigação em Saúde Reprodutiva
RPC	Política de Investigação e Cooperação
RPH	Saúde Reprodutiva
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TB	Tuberculose
TCC	Cooperação Técnica com o País
UEMOA	União Económica e Monetária Oeste-Africana
UNDAF	Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
VAB	Vacinas e outros Produtos Biológicos

PREFÁCIO

No ano 2000, o Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) assinou uma Estratégia Institucional, por forma a orientar os trabalhos do Secretariado da OMS. Essa Estratégia destacou a importância dos países no trabalho da OMS e daí, a urgência em traduzir a estratégia mundial em estratégias específicas aos países, tendo em consideração as diferentes necessidades de cada um deles. Esta foi a base para a Estratégia de Cooperação com os Países (CCS).

A Estratégia de Cooperação com os Países determina as prioridades estratégicas da OMS em cada país, por forma a orientar uma resposta integrada por parte das equipas nos países, dos Escritórios Regionais e da Sede, com vista a reforçar o desempenho da OMS ao nível dos países. A CCS é uma expressão clara da focalização da OMS nos países: o Programa de trabalho estratégico irá constituir uma referência para os planos e para a dotação de recursos da OMS, independentemente de estes serem provenientes da Representação no país, do Escritório Regional, da Sede ou de outras fontes, como os Centros de Colaboração. A CCS será utilizada por toda a organização como uma base comum para o trabalho nos países, influenciando o Orçamento-Programa e os Planos de Acção Bienais.

A Estratégia de Cooperação com os países da OMS é desenvolvida através de um vasto processo consultivo que envolve a Organização em todos os seus níveis, o Ministério da Saúde, outras agências governamentais, sector privado, organizações da sociedade civil, instituições de formação e de investigação, parceiros do desenvolvimento e outros intervenientes-chave na área da saúde. O processo envolve uma série de questões e uma reflexão profunda sobre os desafios-chave do sector da saúde e do desenvolvimento dos países e as vantagens comparativas da OMS.

Reconheço o intenso processo que levou à elaboração deste documento e gostaria de agradecer ao governo e aos intervenientes da área da saúde todos os esforços realizados e a participação activa nesse mesmo processo. Não tenho qualquer dúvida de que o processo CCS irá também auxiliar os países nos seus esforços de maior focalização sobre as questões prioritárias da saúde e de melhor coordenação dos diferentes parceiros e intervenientes.

Presentemente, o nosso desafio é traduzir estas estratégias em acções, com o objectivo de melhorar o desempenho da OMS a nível dos países, e uniformizar os resultados para as populações mais necessitadas.

Dr. Ebrahim Malick Samba
 Director Regional para a África
 Organização Mundial de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia da OMS para a Cooperação com a Guiné-Bissau (CCS) é a expressão, ao nível do país, da Estratégia Institucional da OMS e inscreve-se no âmbito do reforço da coerência e da eficácia das intervenções da Organização no país, para o período 2004 a 2007.

A CCS traduzirá a visão estratégica da OMS para a Guiné-Bissau e será materializada na prática, através dos orçamentos-programa e dos planos de acção bienais. Esta estratégia permitirá à Organização um melhor desempenho das funções de aconselhamento em matéria de políticas da saúde, assistência técnica e reforço e coordenação de parcerias para o desenvolvimento sanitário. Prestará também orientação, para o trabalho de toda a Organização na Guiné-Bissau, focalizando-se nas prioridades definidas pelas autoridades nacionais e pela OMS, e tendo em devida conta as estratégias e intervenções dos outros parceiros do desenvolvimento sanitário, com o objectivo de promover uma abordagem global da saúde, numa perspectiva de complementaridade, desenvolvimento sustentável e da luta contra a pobreza.

A CCS baseia-se nas prioridades mundiais da OMS, nas orientações do Escritório Regional para África e em importantes documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, com destaque para o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS)¹, que constitui o quadro estratégico aprovado pelo Estado Guineense para a implementação das intervenções sanitárias e para os Planos Nacionais de Luta contra o Paludismo e contra o HIV/SIDA. Foram ainda considerados documentos como a Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza (DENARP); o Programa Nacional de Boa Governação; o Plano Director de Água e Saneamento assim como documentos das Agências das Nações Unidas como a Avaliação Comum do País (CCA) e o Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF). Foram também consideradas as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) e iniciativas regionais, como a NEPAD e a Declaração de Abuja, assim como outras iniciativas sub-regionais.

Ao longo do processo de elaboração da CCS, a equipa criada para o efeito, constituída por elementos dos três níveis da OMS e por responsáveis de alto nível do Ministério da Saúde, consultou os documentos, de onde surgiram intensas discussões, entrevistou um número importante de parceiros e, no final, realizou sessões de informação sobre os resultados, com o propósito de alargar ao máximo a participação dos intervenientes em saúde e assim, valorizar o processo.

¹ Ministério da Saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (1998-2002, actualizado para 2003-07), Bissau, 1997

Introdução

Os eixos estratégicos que serão objecto da cooperação entre a OMS e a Guiné-Bissau, retidos durante o processo de elaboração da CCS, privilegiam as acções necessárias para a redução da morbilidade e da mortalidade devidas às principais doenças identificadas no país. São eles: 1) reforço de parcerias a favor da saúde; 2) melhoria do desempenho do sistema de saúde; 3) luta contra as doenças prioritárias.

2 QUADRO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL DA OMS: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS MUNDIAIS E REGIONAIS

Nos últimos anos, os métodos de trabalho da OMS conheceram mudanças significativas. Essas mudanças têm como objectivo último contribuir para a melhoria da capacidade dos Estados-Membros de responderem adequadamente aos principais desafios e problemas de saúde e do desenvolvimento, tendo como quadro de referência fundamental, a estratégia institucional da OMS.

2.1 Missão da OMS

De acordo com o Artigo 1º da Constituição da OMS, a missão da OMS consiste em apoiar os países para *"a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível"*.² A estratégia institucional, assim como o quadro das políticas para a cooperação técnica da OMS com os Estados-Membros da Região Africana, fornecem as orientações gerais, mediante as quais a OMS contribui para a saúde no mundo em geral, e na Região Africana, em particular.

A Organização pretende, assim, reforçar a sua capacidade técnica, intelectual e política, a liderança em questões de saúde, assim como a sua capacidade de gestão.

2.2 Novos métodos de trabalho³

O contexto internacional em constante evolução, no qual a OMS está inserida, obriga à adopção de novos métodos de trabalho, por forma a:

- Privilegiar uma abordagem mais abrangente da saúde, no contexto do desenvolvimento, acção humanitária e dos direitos humanos, da igualdade entre homens e mulheres, centrando especificamente a sua atenção, na relação entre saúde e pobreza;
- reunir consensos aos níveis nacional e internacional, em matéria de políticas, estratégias e normas de saúde, velando pela aquisição de novos dados de investigação, de conhecimento e competências e a sua respectiva implementação;

² OMS, Programa-Geral de Trabalho 2002-2005

³ Idem, Idem

- suscitar acções mais eficazes para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades, negociando as parcerias apropriadas e desempenhando um papel de catalisador;
- criar uma cultura institucional baseada na inovação e no rigor, propícia a um pensamento estratégico, a uma acção rápida e ao estabelecimento de novas relações, por forma a alargar a influência da Organização, a nível mundial.

2.3 Orientações estratégicas⁴

Com base nos novos métodos de trabalho, a OMS definiu quatro eixos estratégicos em que deverá basear o apoio aos países, para a melhoria da saúde das populações. Esses eixos, ligados entre si, constituem o quadro geral de trabalho técnico para o Secretariado:

- Reduzir a morbilidade, mortalidade e as incapacidades, sobretudo para as populações pobres e marginalizadas;
- promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para a saúde, associados ao meio ambiente, ao contexto económico e social e aos comportamentos.
- criar sistemas de saúde que contribuam para melhorar os resultados de saúde de forma equitativa, respondam às expectativas legítimas da população e sejam financeiramente comportáveis;
- conceber uma política de base, criar um quadro institucional no sector da saúde e empreender medidas, para que as questões de saúde sejam devidamente consideradas nas políticas sociais, económicas, ambientais e de desenvolvimento.

2.4 Funções principais⁵

As funções da OMS, como são enunciadas na estratégia institucional, baseiam-se nas vantagens comparativas da Organização, nos seus três níveis, a saber:

1. Articular, de forma coerente, os aspectos éticos, a política baseada na investigação e as acções de sensibilização para a saúde;
2. facilitar as trocas de informação, avaliando as tendências e comparando o papel dos sistemas de saúde, estabelecendo um programa de investigação e estimulando o seu desenvolvimento;
3. agir enquanto catalisador da mudança, através de políticas e de apoio técnico para estimular a acção e o desenvolvimento sustentável das capacidades nacionais no sector da saúde;

⁴ Estratégia de Cooperação para o Secretariado da OMS: EB105/3

⁵ OMS, Programa-Geral de Trabalho 2002-2005

4. realizar parcerias a nível nacional e mundial e apoiá-las de forma adequada e sustentável;
5. estabelecer, validar, seguir e facilitar a aplicação adequada de normas e critérios;
6. encorajar o desenvolvimento de novas tecnologias, de instrumentos e orientações para a redução de riscos e a luta contra as doenças.

2.5 Prioridades a nível mundial e regional⁶

Para tornar as suas intervenções mais eficazes, tendo em conta os recursos limitados, a OMS seleccionou, de entre os numerosos problemas de saúde, um número de prioridades sobre as quais deve intervir a médio-prazo. Os critérios utilizados para estabelecer essas prioridades foram os seguintes:

- A possibilidade de reduzir sensivelmente o fardo da morbilidade, através de intervenções existentes e com uma boa relação custo-eficácia;
- os problemas de saúde com repercussões importantes sobre o desenvolvimento sócio-económico e que afectem especificamente os pobres;
- a necessidade urgente de novas tecnologias;
- a possibilidade de reduzir as desigualdades existentes no sector da saúde, no país e entre os países;
- o pedido de apoio por parte de muitos Estados-Membros
- as vantagens comparativas da OMS, sobretudo no que se refere à oferta de bens públicos, políticas, estratégias e normas consensuais, bem como à realização e gestão das parcerias.

Com base nesses critérios, determinaram-se as prioridades de intervenção, a nível mundial, como o paludismo, HIV/SIDA e tuberculose, saúde materna, saúde mental, luta contra o tabaco, doenças não-transmissíveis, segurança dos alimentos, segurança do sangue, sistemas de saúde e saúde e ambiente.

Assim, a Região Africana centra a sua acção em 12 áreas prioritárias, que são as seguintes: reforço dos sistemas de saúde; controlo das doenças transmissíveis, compreendendo o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e a segurança do sangue; saúde materna; saúde das crianças e dos adolescentes; saúde mental; controlo das doenças não-transmissíveis (por exemplo, o cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crónicas obstrutivas); promoção da saúde; saúde e ambiente; nutrição; preparação e resposta às epidemias e situações complexas de emergência; pobreza e saúde e medicamentos essenciais e medicina tradicional.

⁶ OMS, Orçamento-Programa 2002-2003, Genebra, 2001

2.6 Melhoria da eficácia da OMS a nível dos países

A implementação da estratégia institucional da OMS varia de país para país. As diferenças explicam-se pela especificidade dos desafios em matéria de saúde e desenvolvimento, pela implicação de outros parceiros, pelas intervenções da OMS em curso nos países e em colaboração com os mesmos, assim como pelo quadro de cooperação a nível mundial e regional. A estratégia de cooperação com o país deverá, também, estabelecer um equilíbrio entre as principais funções da OMS no país, ou seja, de aconselhamento, elemento catalisador e a implicação em actividades de rotina precisas, bem como em iniciativas bem identificadas e limitadas no tempo.

Com base nas funções anteriormente descritas, foi desenvolvida uma tipologia operacional das funções da OMS a nível do país, a saber:

1. apoiar a implementação de actividades de rotina a longo-prazo;
2. criar um efeito catalisador para a adopção de estratégias e de inovações técnicas, propor orientações adaptadas ao país e estimular a sua implementação em grande escala;
3. apoiar a investigação e o desenvolvimento, estimular o seguimento do desempenho do sector da saúde;
4. facilitar a troca de informação e de conhecimentos no que concerne às opções e às tomadas de posição genéricas em matéria de políticas, orientações, normas e advocacia;
5. prestar aconselhamento técnico de elevado nível, em matéria de políticas específicas, desempenhar o papel de facilitador e apoiar na criação de políticas apropriadas e na afectação de recursos do governo e dos seus parceiros de desenvolvimento.

3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PAÍS: DESAFIOS PARA A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

3.1 Demografia

O Inquérito Ligeiro para a Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau, realizado em 2002⁷, estimou a população total em 1.181.641 e para o mesmo período, a taxa de crescimento médio anual era de 1,7%. A população de Bissau, representava 25,9% da população total, com uma taxa média anual de crescimento de 4,2%, no mesmo período. Estima-se que a população rural seja cerca de 60%.

A população da Guiné-Bissau é essencialmente jovem, com o grupo etário com menos de 15 anos a representar 48% da população, e as crianças com menos de 5 anos a representarem 20%. A faixa etária entre os 15 e os 35 anos corresponde a 32%; a dos 35 aos 55 anos corresponde a 14%. A população com idade igual ou superior a 65 anos é de cerca de 3%, e a população feminina representa 51%.

A esperança de vida à nascença é de 45 anos de idade, aproximadamente. A taxa de fecundidade é de 6 filhos por mulher. Estima-se que a mortalidade materna seja de 818/100.000 nados-vivos, enquanto a mortalidade infantil é de 125/1000 nados-vivos e a das crianças com menos de 5 anos de idade chega a atingir os 210/1000⁸.

O êxodo rural é marcante, com grande concentração da população nos centros urbanos, particularmente na capital do país, com as consequências inerentes à precariedade de vida (alojamento, água potável, saneamento, electricidade, escolas e alimentação), bem como à falta de infra-estruturas sociais necessárias para assegurar a saúde pública.

3.2 Contexto económico

A Guiné-Bissau está no grupo dos países mais endividados do mundo, tendo a sua dívida atingido 24,3 mil milhões de FCFA (37,1 milhões de dólares americanos) em 2002, com uma tendência para aumento do rácio dívida/PIB, entre 2001 e 2002.

Os índices sociais e económicos colocam a Guiné-Bissau entre os países menos avançados do mundo, com um índice de desenvolvimento humano de 0,339 no ano 2000, segundo o Relatório Mundial do Desenvolvimento Humano Sustentável de 2002⁹, situando o país em 167º lugar, entre os 173 países.

⁷ INEC, Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau 2001-2002

⁸ Idem, Idem

⁹ PNUD, Relatório Mundial do Desenvolvimento Humano Sustentável, Nova Iorque, 2001.

A estrutura económica é dominada pelo sector primário que, no ano 2000, gerou mais de 62% do PIB, contra 53%, em 1994. No ano 2000, o PIB era de 281,2 milhões de dólares americanos, o que representava 238 dólares por habitante¹⁰.

Actualmente, os produtos estratégicos de exportação são essencialmente a castanha de cajú, o pescado e a madeira, estando o PIB fortemente dependente da agricultura, sobretudo da castanha de cajú. Como o preço desta tem sofrido grandes oscilações no mercado internacional, com tendência para a baixa, a vulnerabilidade da economia da Guiné-Bissau tende a aumentar.

Em termos de recursos minerais, a sua contribuição para a economia do país é incerta, e apenas com os resultados da prospecção de petróleo e a eventual exploração de bauxite e fosfato, se poderá avaliar o seu impacto.

Contudo, a entrada da Guiné-Bissau na UEMOA (União Económica e Monetária da África Ocidental), em 1997, traduziu-se numa maior disciplina financeira, com uma melhoria da situação das finanças públicas, o fim do saldo negativo permanente, da balança de pagamentos que, em 2002, teve um saldo total excedentário, o que contribuiu para a criação de bases sólidas que permitem um crescimento equilibrado e um melhor desempenho da economia. A taxa de inflação evoluiu favoravelmente, passando de dois dígitos, em 1996, para se situar nos 3,9% em 2002.

A economia já fragilizada, sofreu bastante durante o conflito político-militar de 1998-1999, cujos prejuízos foram estimados em cerca de 90 milhões de dólares americanos para o sector privado. Para mais, o quadro jurídico e administrativo não favorece a promoção do investimento privado.

Segundo o documento "Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau 2001-2002"¹¹, o desemprego situa-se entre 10% e 11%, para o resto do país, com excepção de Bissau, onde atinge valores entre 19% e 20%.

3.3 Governo

A degradação da situação sócio-económica deve-se, em parte, ao fraco desempenho das políticas e estratégias de desenvolvimento adoptadas após a independência. Depois de 1991, o país enveredou por um processo de democratização da vida política com a adopção do multi-partidarismo, que deu lugar às primeiras eleições (legislativas e presidenciais), realizadas em 1994.

¹⁰ Secretaria de Estado do Plano & UNICEF, Multiple Indicators Cluster Survey (MICS), Bissau, 2000.

¹¹ Sylla, M. B., Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau 2001-2002, INEC, 2002.

No entanto, um período de instabilidade político-administrativa, em que as instituições tinham um funcionamento muito fraco, conduziu o país a um conflito político-militar entre Junho de 1998 e Maio de 1999. Felizmente, os esforços e a vontade política das partes em conflito e o envolvimento da comunidade internacional conduziram à realização de novas eleições presidenciais e legislativas justas e transparentes, em 1999 e 2000.

O país vive hoje uma situação de pós-conflito com repercussões negativas a nível sócio-económico (diminuição da ajuda externa, destruição das infra-estruturas, fuga de quadros, forte degradação dos indicadores sociais, etc.), merecendo da comunidade internacional uma atenção particular.

O Estado encontra-se debilitado por razões de vária ordem, ligadas, particularmente, às fraquezas estruturais do actual sistema. O Parlamento, eleito em 1999, foi dissolvido pelo Presidente da República em Novembro de 2002 e aguarda-se a realização de eleições legislativas. O sistema judicial defronta-se com graves problemas, entre os quais a insuficiência de magistrados, numa proporção de um magistrado para cada 20.000 habitantes. O quadro jurídico e administrativo não favorece a promoção do investimento privado.

A administração pública é, em larga medida, ineficaz e pouco rigorosa, traduzindo-se numa má gestão dos bens públicos e na sua desigual repartição pelos níveis central, regional e local. O crescimento de efectivos obedeceu, em grande parte, a compromissos políticos, provocando assim entre 2000 e 2002, um aumento exponencial, com um *rácio* funcionário/população de 27 por 1.000 enquanto a média nos países da UEMOA era de 4 por 1.000.

A situação das mulheres, apresenta ainda desigualdades evidentes. Embora sejam as mulheres a realizarem a maior parte dos trabalhos no campo e domésticos, tradicionalmente não têm acesso à posse de terras. É entre elas que se regista a taxa de analfabetismo mais elevada, superior a 80%, mas o seu enquadramento nos programas de alfabetização é extremamente baixo. O Parlamento conta com fraca representação de mulheres (8% dos deputados), o que limita a sua participação na esfera de decisão, em particular na aprovação de leis a favor das mesmas.

Apesar do país ter ratificado a maior parte dos instrumentos internacionais e conter na legislação nacional provisões que protegem os direitos das crianças guineenses, constata-se que existem fenómenos que atestam a não aplicação de forma sistemática, dos instrumentos legais de defesa desses mesmos direitos, como o trabalho e a prostituição infantil, um número considerável de crianças não registadas, crianças de rua, crianças sem acesso à educação e sujeitas à violência doméstica, o que persiste especialmente nas crianças do sexo feminino.

A imprensa na Guiné-Bissau é assegurada por órgãos públicos e privados. Dos quatro jornais existentes, três são privados; das 17 rádios em funcionamento, uma é pública e de difusão nacional, 11 são comunitárias, com cobertura limitada a determinadas áreas geográficas e cinco são privadas. Existem dois canais de televisão, um público nacional e outro estrangeiro, e um número restrito de pessoas, essencialmente na capital, tem acesso a informação via satélite. Existe uma rede fixa de telefones em quase todos os centros urbanos do país e a rede móvel encontra-se em fase de estudos. O uso da internet está praticamente limitado a Bissau.

Desde 1992, regista-se um movimento crescente de organização da sociedade civil, que hoje apresenta uma configuração menos homogénea e mais dinâmica, com mecanismos permanentes de concertação para a prevenção e resolução dos conflitos entre o Governo e os parceiros sociais. As ONG conheceram um desenvolvimento acelerado; o movimento sindical pluralizou-se pelo aparecimento de sindicatos filiados à central sindical e de sindicatos independentes, e as associações conheceram um desenvolvimento rápido.

3.4 Financiamento do sector da saúde

O financiamento do sector de saúde depende principalmente de três fontes, a saber: o orçamento-geral de Estado, as contribuições das populações e a ajuda externa. Mas as dificuldades de tesouraria fazem com que o Estado tenha dificuldades em honrar os seus compromissos. Isto implica que o orçamento ordinário do Ministério da Saúde seja totalmente determinado pela disponibilidade de recursos que depende da oferta e não de uma avaliação real das necessidades, definidas em função da dimensão dos programas e das prioridades. Considerando a disponibilidade financeira do Estado, não se prevê uma alteração desta situação, num futuro próximo.

Em relação à ajuda externa, e face à ausência de um mecanismo de coordenação eficaz, cada doador tenta fazer prevalecer as suas ideias e metodologias próprias, por vezes contraditórias e conflituosas. Os domínios de intervenção seleccionados pelos referidos doadores não coincidem com as necessidades reais e a capacidade de gestão do Ministério. Esta situação torna difícil a elaboração e a implementação dos planos integrados, tanto ao nível nacional, como regional ou local.

Quadro n°1 : Afecção de recursos para o Sector da Saúde por parte do Orçamento-Geral do Estado, em milhões de FCFA (1 USD~600FCFA)

	Rubricas/Indicadores	Anos			
		1998	1999	2000	2001
1	Orçamento-Geral do Estado	69.963,7	85.338,5	86.924,9	94.334,4
2	Execução do Orçamento-Geral do Estado	14.841,2	25.939,2	32.727,4	35.049,1
3	Taxa de execução do Orçamento-Geral do Estado	21%	30%	38%	37%
4	Total do Orçamento-Geral do Estado destinado à saúde	3.090,4	2.780,9	1.558,3	6.079,2
5	% do Orçamento-Geral do Estado destinado à saúde (4/1)	4,41%	3,26%	1,79%	6,44%
6	Total da execução do Orçamento da Saúde	955,8	1.591,2	1.418,5	1.273,5
7	% das despesas da saúde na execução do Orçamento-Geral do Estado (6/2)	6,4%	6,1%	4,3%	3,6%
8	Total das despesa de funcionamento no sector da saúde	838,3	1474,9	1311,6	1013,7
9	% de execução do Orçamento-Geral do Estado destinado à saúde (6/4)	31,0%	57,2%	91,0%	21,0%
10	% das despesas de funcionamento no total da execução orçamental do sector da saúde (8/6)	87,7%	92,7%	92,5%	79,6%

Fonte : Relatório de Avaliação a Médio-Prazo, PNDS, Crédito 30106 GUB, Abril 2002

A percentagem do Orçamento-Geral do Estado destinado à saúde sofreu um declínio entre 1998-2000, passando de 4,4% para 1,8%, o que corresponde a uma redução, em valores absolutos, das verbas atribuídas ao sector, se bem que, em 2001, o sector tenha beneficiado de um aumento orçamental nominal considerável (Quadro 1). Contudo, a taxa de execução do orçamento destinado à saúde que, entre 1998 e 2000, cresceu de 31% para 91%, registou uma queda para 21%, no ano 2001. Neste ano, a quase totalidade do orçamento foi utilizado em despesas de funcionamento do sector, relacionadas com o pessoal, demonstrando uma insuficiência da contribuição do Estado para as despesas de investimento.

Estima-se que, aproximadamente 80% da assistência internacional seja constituída por crédito proveniente das Acções para o Desenvolvimento Internacional, do Banco Mundial e dos empréstimos do Banco Africano de Desenvolvimento, sendo os restantes 20%, donativos, geralmente proveniente da cooperação bilateral. É de salientar que, nos últimos 3 anos as ajudas externas suportaram a maior parte dos gastos no sector da saúde, sendo 86% em 1998 e 99% em 2000 (Quadro 3 do capítulo 4).

Em complemento ao financiamento destinado à saúde, existem outras formas de financiamento interno, baseadas na participação comunitária, que são o seguro de doença e a Iniciativa de Bamako, ambas em fase experimental.

3.5 Situação epidemiológica

Doenças transmissíveis

O perfil epidemiológico da Guiné-Bissau continua a ser dominado por situações de natureza infecto-contagiosa, com destaque para o paludismo, as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas, as IST/HIV/SIDA e a tuberculose, as quais constituem as principais causas de procura dos serviços de saúde no país. Por outro lado, o fraco nível de saneamento básico, de acesso a água potável e da habitação contribuem para a elevada prevalência de doenças parasitárias e intestinais, e outras associadas à transmissão feco-oral.

Três dessas doenças - o paludismo, as infecções respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas, são responsáveis por 65% do total de óbitos entre a população infanto-juvenil do país. (Quadro 2).

Quadro nº 2 : Principais causas e percentagens da mortalidade infanto-juvenil no país

Mortalidade infanto-juvenil	%
Paludismo	35
Infecções respiratórias agudas	15
Doenças diarreicas	15

Fonte: PNUD, 2002¹²

O paludismo é, sem dúvida, a maior preocupação em termos sanitários, constituindo a principal causa de morbidade, de mortalidade de incapacidade e de absentismo. A prevalência global na Guiné-Bissau era de 17%, em 2001¹³, enquanto a prevalência do paludismo grave, definido como o episódio que necessita de hospitalização, foi estimada em 11%¹⁴, no mesmo ano, com uma distribuição bem diferenciada com regiões como o Biombo, a apresentar a prevalência mais elevada, de 39% e Bafatá com 2%, a mais baixa. Tomando como referência o nível nacional, as acções

¹² PNUD, Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés: Mortalité maternelle en Guinée-Bissau - Dimension, causes et facteurs de risque, Bissau, 2002.

¹³ Ministério da Saúde, Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo 2001-2005 (PENLP), Bissau, 2001.

¹⁴ Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau: avançar para os objectivos internacionais, no quadro estratégico de luta contra a pobreza, Bissau, 2002.

prioritárias deverão ser conduzidas nas regiões de Biombo, Bolama, Bijagos, Quinara, Bissau, Tombali e São Domingos para reduzir de maneira significativa a prevalência desta doença.

Em 2001, o inquérito preparatório do Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo seleccionou alguns indicadores que permitiram determinar uma taxa de letalidade nas estruturas sanitárias de 141 por mil e, em relação às crianças com menos de 5 anos, uma taxa de mortalidade hospitalar de 79 por mil. De uma forma geral, mais de 60% dos casos de paludismo em crianças com menos de 5 anos, tanto simples como graves, não são correctamente tratados. Isto demonstra que uma intervenção no quadro da melhoria do tratamento dos casos será importante para a redução da mortalidade devida ao paludismo.

O estudo da resistência à cloroquina, como medicamento de primeira linha, realizado em 2001, confirma a eficácia do mesmo no tratamento do paludismo.

As infecções e as doenças diarreicas, constituem respectivamente a segunda e a terceira causa de mortalidade infantil e juvenil.

Segundo o Plano Estratégico Nacional 2003-2005 de Luta contra a SIDA¹⁵, a Guiné-Bissau é um dos raros países onde circulam os dois tipos de vírus da imunodeficiência humana, o HIV1 e o HIV2. Estima-se que, em 2001, a taxa de prevalência do HIV1, incluindo a das infecções duplas, se situava em 4% nas pessoas sexualmente activas e com mais de 15 anos de idade. Enquanto a taxa de prevalência das infecções pelo HIV2, se situava em 2,7% entre o mesmo grupo. Isso significa que o total das pessoas infectadas pelo HIV1 e HIV2 será de, aproximadamente, 34.000 pessoas.

A distribuição actual do HIV1 e do HIV2 varia de uma região para a outra, sendo a taxa de prevalência do HIV1 mais elevada em Bafatá (5,8%), Bissau (4,7%) e Gabú (3,9%), enquanto o HIV2 é mais frequente em Bafatá e Gabú (3,3 %). Contudo, os estudos actualmente disponíveis a nível nacional indicam que as taxas de prevalência do HIV1 e do HIV2 são similares entre as áreas urbanas e rurais.

O Plano Estratégico Nacional 2003-2005 de luta contra a SIDA estima que, sem melhoria da eficácia da resposta nacional ao HIV/SIDA na Guiné-Bissau, o HIV1 terá infectado 100.000 pessoas em 2008, por comparação com as actuais 20.400 pessoas, e o HIV2 terá infectado 11.000 pessoas, contra as actuais 13.500. Isto significa que o HIV1 infectará entre 24 a 40 pessoas por dia e o HIV2 infectará entre 23 a 74 pessoas por ano.

¹⁵ Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PENLS), Bissau, 2002.

Em 2001, as IST constituíam o terceiro motivo de consultas entre adultos, representando 9% dos diagnósticos, contra 4%, em 2000. Crê-se, contudo, que este aumento percentual das IST seja mais elevado, devido ao recurso considerável à auto-medicação.

A incidência da tuberculose regista uma tendência crescente atribuída, por um lado, ao aumento da prevalência do HIV/SIDA (entre 40% a 50% dos pacientes com tuberculose estão também infectados pelo HIV) e, por outro, à fraqueza do programa de tratamento dos doentes. Estima-se uma prevalência de 470/100.000 habitantes. A estratégia DOTS tem vindo a ser implementada nas estruturas de atendimento cobrindo, em 2002, 4% das estruturas de saúde e 20% da população.

Em termos de epidemias, registou-se, em 1999, uma de meningite que se alastrou a quase todas as regiões, provocando 2.860 casos e 430 óbitos, com uma taxa de letalidade de 15%. Também foram registadas cinco epidemias de cólera (1986, 1987, 1994, 1996-1997, 2002-2003), notando-se uma tendência de aumento da taxa de ataque.

Doenças não-transmissíveis

Constata-se que determinadas doenças não-transmissíveis constituem já uma preocupação para a saúde pública, em relação com as condições psicológicas e sócio-económicas da população. Podemos citar a hipertensão arterial e suas complicações graves, os acidentes vasculares cerebrais, a diabetes, a saúde mental, as incapacidades físicas, sem que haja, contudo, dados concretos disponíveis para quantificar essas situações.

A malnutrição ocupa um lugar importante, como factor de doenças na Guiné-Bissau. De acordo com a Direcção de Higiene e Epidemiologia do Ministério da Saúde, a proporção da mal-nutrição grave nas crianças com menos de 5 anos, notificada a partir dos Centros de Saúde, foi de 17%, em 1999, contra 5% em 2000 e 4% em 2001. Já o estudo MICS (2000) apontava para 25% das crianças com menos de 5 anos com insuficiência ponderal, 30% com atraso no crescimento e 10,3% com emaciação.

Saúde das mulheres e dos adolescentes

A elevada taxa de mortalidade materna indica uma situação de extrema complexidade, devendo constituir uma prioridade de intervenção. As principais causas de mortalidade materna estão, na sua maioria, associadas às complicações obstétricas directas (hemorragias 25%, infecções puerperais 15%, eclâmpsia 13%,

desproporção feto-pélvica 8%),¹⁶ mas também ligadas ao paludismo, à anemia e outras carências nutricionais, entre outras. A proporção de partos assistidos nas estruturas de saúde baixou de 51% para 46% nos dois últimos anos. Existe uma baixa prevalência da utilização de contraceptivos (7,6%), entre as mulheres com idade compreendida entre os 15 e os 49 anos e uma fraca proporção de mulheres (62,6%) na mesma faixa etária com acesso aos cuidados pré-natais, isto é, examinadas pelo menos uma vez por um profissional de saúde qualificado.

A falta de quadros técnicos especializados em ginecologia e obstetrícia, o deficiente funcionamento do sistema de referência, a fraca utilização dos serviços pré-natal, as gravidezes repetidas, por vezes não desejadas, a fraca participação da comunidade e dos serviços básicos de saúde na detecção dos altos riscos obstétricos são alguns dos factores que explicam os graves problemas descritos.

Outras causas importantes para a elevada mortalidade materna prendem-se com factores sócio-económicos e culturais como a fraca capacidade financeira para assumir as despesas, a decisão tardia na procura de cuidados, a falta de meios de transporte na área de residência, as más condições das vias de comunicação, etc.

Ao nível da Direcção da Saúde da Família, estão em curso de adopção alguns documentos normativos e de estratégia (normas e procedimentos, manuais para AIDI, política de saúde reprodutiva, etc); e, igualmente, a elaboração de um programa, no âmbito dos cuidados obstétricos de emergência.

Há poucas informações disponíveis sobre a saúde dos adolescentes e dos jovens, sobressaindo no entanto, alguns problemas como os casamentos precoces, gravidezes, indesejadas ou, ainda prostituição juvenil, que vão ensombrando a saúde reprodutiva dos mesmos. Não existem também dados concretos quanto ao consumo de álcool, o uso de substâncias psicoactivas, mas estima-se que o consumo dessas substâncias no seio da juventude esteja a aumentar.

A Secretaria de Estado de Juventude, Cultura e Desporto, coadjuvada pelo Conselho Nacional da Juventude tem tido um papel activo no domínio da formação, sensibilização e do enquadramento dos jovens. Com o apoio do FNUAP, criou um Centro Multifuncional, que veio reforçar as actividades de formação, sensibilização e de atendimento relacionados com os problemas das IST/HIV/SIDA. Com o financiamento da OMS, o Ministério da Saúde realizou uma campanha de sensibilização sobre o álcool e as substâncias psicoactivas no leste e sul do país.

¹⁶ PNUD, Santé et pauvreté en Guinée Bissau : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, Bissau, 2002.

Água e saneamento

Segundo dados do MICS-2000¹⁷, no ano 2000, 56% da população da Guiné-Bissau tinha registado um melhoramento das instalações de abastecimento de água e eliminação de dejectos. Apenas 6% da população tem acesso a água potável e um número equivalente de pessoas têm acesso a sistemas sanitários que permitem a descarga para uma rede pública de saneamento. O uso de sistemas sanitários sem respeito pelas regras de higiene agrava a contaminação da água dos poços, utilizada pela maioria da população urbana e, conseqüentemente, a ocorrência de doenças de origem hídrica (diarreias agudas, cólera, schistosomíase, tracoma, etc). Um outro factor de risco para a saúde pública é o deficiente sistema de recolha e tratamento de lixos, que permite a proliferação de vectores de doenças.

Situações de emergência e catástrofes

O país não dispõe de estratégias, ou de uma política nacional, ou de uma estrutura e de mecanismos organizados que facilitem uma intervenção adequada e coordenada, embora existam organizações especializadas para determinadas situações de emergência. No entanto, o país encontra-se numa situação de vulnerabilidade, devido a factores internos e externos. Por exemplo, o conflito de 1998 gerou uma quantidade considerável de minas disseminadas por todo o país, e particularmente na zona de Bissau, o que continua a causar acidentes graves, que representam uma carga adicional para o sistema nacional de saúde.

3.6 Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde apresenta uma organização em forma de pirâmide, composta por três níveis: central, regional e local. Em cada um dos níveis existem estruturas e funções de gestão, de prestação de cuidados e de colaboração interssectorial.

O nível central, compreende duas direcções gerais, a saber: a Direcção-Geral da Saúde Pública que tem como missão coordenar as actividades dos programas técnicos e a Direcção-Geral do Plano e Cooperação, que assegura as funções estratégicas e de apoio. Sob o plano de prestação dos cuidados, existe um hospital nacional de referência (Hospital Nacional Simão Mendes) que, para além de prestar assistência à população de Bissau, oferece serviços especializados a todo o país. Esse hospital acumula também funções relativas a um hospital regional, que não existe, e mesmo de um centro de saúde. Existem também centros de referência específicos, como o Hospital Raul Follereau para a tuberculose, e outros.

¹⁷ Secretaria de Estado e do Plano & UNICEF, Multiple Indicators Cluster Survey (MICS), Bissau, 2000.

Ao nível de cada região de saúde, existe uma direcção com uma equipa, que se encarrega de assegurar a execução da política de saúde e de coordenar a realização de todas as actividades a esse nível, incluindo a colaboração intersectorial. As funções e as actividades principais duma equipa regional de saúde compreendem, entre outras, a planificação regional; a supervisão; o seguimento; a avaliação nas áreas de saúde e o apoio logístico (manutenção e abastecimento em medicamentos essenciais); formação contínua dos quadros da região; e informação, educação e comunicação. Em termos de prestação dos cuidados, existem hospitais regionais que constituem a primeira referência para as áreas de saúde. A estrutura acima descrita apresenta sérias deficiências institucionais, funcionais e financeiras.

É ao nível local dos Centros de Saúde, considerado como nível operacional, que se assegura o primeiro contacto entre o doente e os serviços de saúde.

Para além do sector público, o SNS engloba o sector privado, incluindo a medicina tradicional e as estruturas comunitárias. O sector privado, apesar de se encontrar em estágio incipiente e informal, desempenha um papel importante nas actividades de saúde do país. Falta, contudo, um sistema efectivo que assegure a regulação e o controlo do sector privado, o que dificulta o funcionamento com o sector público. Esta situação torna apenas acessível os serviços privados a uma faixa reduzida da população.

A fraca cobertura de certas componentes dos cuidados primários de saúde, tais como os cuidados curativos de base, a vacinação, os cuidados maternos, etc., fornecem uma indicação clara sobre o baixo desempenho do sistema de saúde. Esta baixa cobertura é o resultado da insuficiente disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços.

Disponibilidade

As direcções de saúde representam estruturas descentralizadas do sistema, que deveriam ter um número suficiente de pessoal qualificado e com formação adequada. No entanto, verifica-se a insuficiência de profissionais em determinadas categorias, e uma distribuição desigual dos mesmos, com o menor número de profissionais a registar-se na periferia. Certas regiões não dispõem de uma parteira qualificada.

Segundo o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (PDRHS)¹⁸ o cálculo de proporção dos recursos humanos mostra a seguinte situação:

- 1 médico para 6.530 habitantes

¹⁸ Ministério da Saúde, Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PDRHS), Bissau, 1997.

Análise da Situação po país

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| - 1 enfermeiro geralista | 3.018 habitantes |
| - 1 enfermeiro auxiliar | 1.330 habitantes |
| - 1 parteira geralista | 15.614 habitantes |
| - 1 parteira auxiliar | 17.377 habitantes |

Existem apenas um hospital nacional, quatro hospitais regionais e 118 centros de saúde. Mas mesmo as infra-estruturas estão em estado avançado de degradação, com uma grande variação de uma região para outra. Os hospitais encontram-se num estado avançado de degradação e falta equipamento e pessoal qualificado.

Estão previstos apoios para a formação de base a nível da Escola Nacional de Saúde e para algumas especializações, no quadro de cooperação com a OMS, Banco Mundial e outros parceiros.

Acessibilidade

O país possui uma rede de infra-estruturas de saúde que estão distribuídas de forma desigual por todo o país. Dependendo das regiões, o acesso aos cuidados do primeiro nível é muito difícil, devido à inexistência de infra-estruturas (por exemplo, na região de Oio), e de vias de acesso e meios de comunicação (região de Tombali e Ilhas). Foi iniciada a construção do Hospital Regional de Oio e foram adaptados alguns centros para a realização de cirurgias de emergência.

Utilização e qualidade dos serviços

No ano 2002, as taxas de cobertura da BCG e da primeira consulta pré-natal, situavam-se em cerca de 76%.

A qualidade ainda insuficiente de certos serviços pode ser atribuída a diferentes factores associados, como:

- A assistência qualificada necessária a determinados actos clínicos (por exemplo, a assistência durante o parto);
- os serviços de saúde nem sempre são acolhedores;
- a desmotivação de uma grande parte do pessoal que trabalha no sector público (níveis de salário e de condições de trabalho em geral insatisfatórias; descrições de funções nem sempre em consonância com o trabalho realizado; ausência de um verdadeiro plano de carreira; mecanismos de controlo e de supervisão insuficientes).

- as infra-estruturas dos serviços de saúde (estrutura física, eletricidade, água, etc.) assim como o próprio material, não correspondem, normalmente às necessidades de qualidade, eficiência e eficácia.

A utilização dos serviços é, também, limitada pelo custo dos cuidados, mesmo tratando-se de taxas moderadoras, devido à falta de capacidade económica da comunidade.

Quanto à intervenção do sector privado, não existe uma estatística fiável sobre o seu efectivo, mas estima-se em cerca de 130 consultórios e clínicas. Existem acordos de cooperação para a prestação de serviços, nomeadamente com associações de carácter não lucrativo. O Ministério da Saúde está a elaborar suportes legais para um melhor enquadramento e funcionamento do sector privado.

Apesar da disponibilidade de medicamentos essenciais, existem deficiências que comprometem a sustentabilidade do sistema, entre as quais a ausência de uma política farmacêutica, o deficiente funcionamento da Comissão Nacional de Medicamentos, a falta de actualização da lista de medicamentos essenciais e a gestão não eficaz dos medicamentos a todos os níveis, incluindo a inspecção farmacêutica. Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de conceder ao sistema de aprovisionamento em medicamentos essenciais um estatuto semi-privado, com autonomia em relação ao Ministério da Saúde.

Sistema de informação sanitária

O Sistema de Informação Sanitária é pouco funcional e caracteriza-se por inúmeras fragilidades: os dados recolhidos são incompletos, o pessoal formado é insuficiente, assim como os sistemas que permitem a sua formação e há uma grande dificuldade de comunicação no país. Além desses problemas, outras causas que contribuem para a fraca funcionalidade do SIS incluem: infra-estruturas inadequadas; falta de equipamento a nível central para a recolha, tratamento e análise de dados; falta de motivação dos quadros; avaliação deficiente das actividades regionais.

3.7 Principais problemas de saúde e desafios

Em consequência da análise da situação sanitária na Guiné-Bissau, destacam-se alguns aspectos relativos aos principais problemas, e às oportunidades que deverão servir de ponto de partida para a procura de soluções adequadas e adaptadas à realidade do país.

Alguns determinantes da saúde, entre os quais se destaca uma elevada taxa de pobreza, com 88% da população a viver com menos de um dólar americano por dia; uma elevada taxa de analfabetismo (59%), principalmente entre as mulheres (82%); a persistência de comportamentos de risco como o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco, regime alimentar desequilibrado, insuficiência de exercício físico; a falta de acesso a água potável; uma adequada eliminação de dejectos e uma habitação de qualidade atingem, ainda, expressões importantes, ameaçando as populações e constituindo barreiras às acções de saúde.

O contexto de instabilidade político-administrativa, em conjunto com o funcionamento das instituições do Estado, o qual se encontra debilitado devido a problemas estruturais, particularmente uma administração ineficaz e pouco rigorosa, determinam uma situação particular para a Guiné-Bissau, pelo que a OMS terá que descobrir vias alternativas para apoiar a melhoria do estado de saúde da população e assumir o papel de liderança. Cabe à OMS encorajar a realização de parcerias sólidas com organizações comunitárias e com intervenientes externos do sector da saúde, baseadas em abordagens integradas e visando uma melhor mobilização e coordenação da ajuda ao desenvolvimento da saúde.

Principais problemas de saúde

Destacam-se dois principais tipos de problemas em termos de morbilidade e mortalidade excessivas e problemas relacionados com a capacidade de resposta do sistema nacional de saúde.

Entre os problemas principais ligados à saúde da população destaca-se a elevada mortalidade infantil, juvenil e materna e a importante predominância das doenças transmissíveis. Estas últimas devem-se principalmente ao paludismo, HIV/SIDA, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, tuberculose e as doenças de potencial epidémico, como a cólera e a meningite, com fortes repercussões sobre a morbilidade e mortalidade da população. Nota-se também um aumento da prevalência das doenças não-transmissíveis, como a diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, saúde mental, malnutrição e incapacidades físicas.

Os problemas ligados à capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde incluem a insuficiência dos recursos humanos, tanto em termos de quantidade como em qualidade; o envelhecimento das infra-estruturas e dos equipamentos e a sua falta de manutenção adequada ou de reabilitação; uma repartição desigual dos recursos disponíveis e uma clara insuficiência dos recursos financeiros disponibilizados para o sector. Verifica-se, ainda, uma gestão inadequada do sector da saúde, mal apoiada por um sistema de informação sanitária deficiente e uma fraca coordenação das intervenções do conjunto dos parceiros.

O quadro acima descrito, tem consequências directas sobre a qualidade da prestação de cuidados à população, especialmente dos grupos mais desfavorecidos, que não podem encontrar soluções alternativas para suprir as lacunas decorrentes de um sistema público ineficiente e ineficaz.

A mobilidade ou a fuga de quadros qualificados e a existência de factores de instabilidade como baixos salários e uma pobreza excessiva constituem ameaças sérias ao processo de desenvolvimento do sector da saúde.

Desafios

Assim, os maiores desafios que se colocam ao sector da saúde e ao apoio prestado pela OMS, resumem-se no seguinte:

- Coordenar e tornar mais eficazes as parcerias da área da saúde, por forma a evitar a dispersão das intervenções dos parceiros, no difícil contexto institucional do país;
- reduzir a morbilidade e a mortalidade devido às doenças mais frequentes como: paludismo, mal-nutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, tuberculose, HIV/SIDA, hipertensão arterial, doenças mentais e outras doenças evitáveis;
- reduzir a taxa de mortalidade materna;
- Inverter a actual tendência de prevalência da infecção pelo HIV/SIDA;
- melhorar o desempenho e a eficácia do sistema de saúde através do reforço institucional, qualidade dos serviços (disponibilidade em medicamentos essenciais), reforço das capacidades nacionais e motivação do pessoal;
- colocar a saúde no centro do desenvolvimento sócio-económico e da luta contra a pobreza, através da existência do saneamento e de água potável, financiamento do sistema de saúde e da participação comunitária.

Identificam-se vários factores que poderão contribuir para a implementação de políticas e estratégias de saúde conducentes a uma melhoria significativa do quadro actual do sector, entre os quais a existência de um plano nacional de desenvolvimento sanitário; e de documentos estratégicos específicos (paludismo, HIV/SIDA, água e saneamento, etc.); um documento estratégico para a redução da pobreza, em preparação, a presença de um número considerável de parceiros no sector da saúde e um potencial para mobilização de mais recursos disponíveis para o país, especialmente através de iniciativas como Fazer Recuar o Paludismo, Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação; Fundo Mundial de Luta contra o Paludismo, HIV/SIDA e a Tuberculose.

4 APOIO AO DESENVOLVIMENTO: FLUXOS, INSTRUMENTOS E COORDENAÇÃO DA AJUDA

4.1 Tendências gerais do apoio

Em relação à ajuda externa, esta difere, consoante se tratem de parceiros multilaterais ou bilaterais (Quadro 2). Enquanto a cooperação multilateral verificou um decréscimo entre 1997 e 2000, passando de pouco mais de 14 mil milhões de Francos CFA para 8 mil milhões respectivamente, para o mesmo período, a ajuda bilateral aumentou favoravelmente, passando de 17 mil milhões de FCFA para quase 21 mil milhões. Regista-se uma excepção no ano 1998, com uma quebra bastante evidente na ajuda global, devido ao conflito político-militar. As ajudas provenientes das ONG tendem a recuperar, atingindo-se no ano 2000 os valores de 1997, após uma quebra de quase metade em 1999.

Quadro nº 2 : Evolução da ajuda externa destinada à saúde 1997-2001

Designação	1998		1999		2000	
	montante	%	montante	%	montante	%
Parceiros multilaterais	6 826,4	35%	10 193,8	36%	8 020,7	25%
Parceiros bilaterais	10 135,7	51%	16 581,2	58%	20 951,3	65%
ONG	2 773,4	14%	1 839,7	6%	3 101,4	10%
	19 735,5	100%	28 614,7	100%	32 073,4	100%

Fonte: Direcção da Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde, 2003

4.2 Principais parceiros e domínios de intervenção no sector da saúde

A ajuda externa ao sector da saúde provém de vários parceiros do desenvolvimento, de carácter multilateral (por exemplo, Banco Mundial, Banco Africano de Desenvolvimento, União Europeia, OMS, PNUD, UNICEF, PAM e FNUAP), bilateral e, ainda, de organizações não-governamentais.

Os fundos provenientes das Agências do Sistema das Nações Unidas, são geridos por cada um dos organismos para programas específicos, segundo planos desenvolvidos em conjunto com o Ministério da Saúde.

A cooperação multilateral é constituída, essencialmente, por empréstimos do Banco Africano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, os quais, juntos, representaram 63% das ajudas multilaterais e 56% do total de ajudas (Quadro 3). A contribuição dos parceiros multilaterais em donativos para o sector da saúde (47% do total dos donativos) foi canalizada, fundamentalmente, para aquisição de medicamentos essenciais e para a reconstrução das infra-estruturas hospitalares, enquanto uma pequena parte foi aplicada na formação. A ajuda da União Europeia vai fundamentalmente para apoiar o Orçamento-Geral de Estado.

A cooperação bilateral era constituída, no período em análise, por uma ajuda em forma de donativos, que atingiram 27% do total de donativos, e 12% da ajuda global ao sector. Os principais parceiros bilaterais são China, Cuba, França, Holanda, Portugal e Suécia. Ela incide fundamentalmente nas áreas de formação, assistência técnica, construção e reabilitação de infra-estruturas sanitárias, como é o caso da Cooperação Francesa que vai construir o Hospital de Mansoa e da Chinesa que vai reabilitar o Hospital de Canchungo. Além disso, a ajuda de Cuba e da China traduz-se também, pelo envio de equipas médicas de diferentes especialidades e, ainda, de algum equipamento hospitalar. Portugal contribui basicamente suportando os custos com a evacuação de doentes. A ajuda proveniente da Holanda tem sido canalizada para aquisição de medicamentos essenciais.

Quadro n° 3 : Ajuda externa ao sector da saúde 1997-2003

Parceiros	Tipo de Ajuda (em milhões de dólares americanos)			
	Empréstimo	Donativo	Total	Taxa Exec
Multilaterais				
Banco Mundial	11,6	-	11,6	25%
Banco Africano de Desenvolvimento	14,1	-	14,1	0%
União Europeia	-	6,9	6,9	100%
Sistemas das Nações Unidas e ONG	-	8,0	8,0	DND
Sub-total	25,7	14,9	40,6	
Bilaterais				
Holanda	-	2,4	2,4	100%
França	-	3,0	3,0	DND
Portugal (não inclui evacuações de doentes)	-	0,1	0,1	100%
Cuba (assistência técnica)				
Sub-total	0	5,5	5,5	
Total	25,7	20,4	46,1	

Fonte: Célula de gestão de PNDS/ MINSA

Com uma taxa de execução de 25% os fundos afectados pelo Banco Mundial são geridos pela Célula de Gestão do PNDS, que recebe as orientações directamente do Banco Mundial. A utilização do financiamento do Banco Africano de Desenvolvimento foi iniciado apenas em 2003.

4.3 Mecanismos e instrumentos de coordenação

A Coordenação da ajuda externa é feita pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros e pela Secretaria de Estado do Plano e da Cooperação.

Em relação ao sector da saúde, desde 1997 que se vem destacando a necessidade da coordenação das ajudas externas assim como a das actividades, com o objectivo de permitir, por um lado, uma maior eficácia das acções no terreno, com menores custos, evitar a duplicação de esforços e, por outro lado, coordenar a aplicação dos fundos e controlar a ajuda externa. Contudo, apesar de existir na estrutura orgânica do Ministério da Saúde o posto de Coordenador da ajuda externa, apenas recentemente foi preenchido, devendo beneficiar de uma assistência técnica de curta duração, para apoiar a organização do serviço. A gestão da ajuda está dispersa pelos diferentes programas existentes a nível do Ministério da Saúde, e a ajuda proveniente do Banco Mundial e do Banco Africano de Desenvolvimento é coordenada pela célula de Gestão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

5 PROGRAMA ACTUAL DE COOPERAÇÃO DA OMS COM A GUINÉ-BISSAU

O acordo de base realizado entre o Estado da Guiné-Bissau e a Organização Mundial de Saúde para a abertura de um escritório de ligação no país, foi assinado a 14 de Setembro de 1974, mas só em 1976, se tornou uma realidade.

5.1 Evolução do orçamento e das actividades nos últimos três biénios (1988-2003)

O Programa de Cooperação da OMS com o país para 1998-1999, seguia as estratégias traçadas pelo Plano de Acção e, compreendia as seguintes áreas de actividade:

- Apoio institucional.
- Realização do pacote mínimo de actividades contra as principais doenças.
- Desenvolvimento dos recursos humanos.
- Elaboração de uma política nacional sobre água e saneamento.
- Luta contra as doenças transmissíveis.
- Promoção da saúde da família.
- Política de medicamentos essenciais.

O orçamento então aprovado era de aproximadamente 1,8 milhões de dólares americanos, dos quais 47% destinados a garantir o funcionamento da Representação (Quadro n.º 4). Mas, com os confrontos militares de Junho de 1998 e a transferência provisória da Representação para Dakar, o orçamento foi, na sua quase totalidade, utilizado na compra de kits de urgência e de vacinas contra a meningite e a febre amarela.

O biénio 2000-2001 teve um orçamento de 2,23 milhões de dólares, sendo 35% do orçamento canalizados para as operações da representação no país. As prioridades, nesse biénio, continuaram praticamente as mesmas, com realce para as actividades de erradicação da poliomielite concentradas nas Jornadas Nacionais de Vacinação.

A execução deste orçamento desenrolou-se de uma forma particularmente difícil devido à situação sócio-económica e política do país. A maior parte dos quadros da saúde que partiram durante a guerra não regressaram. Apesar destas circunstâncias conseguiu-se atingir os 80% da taxa de realização das actividades previstas no Orçamento-Programa.

O plano de acção de 2002-2003 especificou como eixos de intervenção o aprofundamento do apoio técnico às acções de saúde e o reforço de parcerias para o desenvolvimento da saúde. Previu um orçamento de 2,3 milhões de dólares, dos quais 40% destinado ao funcionamento da representação. Até final do primeiro ano do biénio, a taxa de execução do orçamento regular ultrapassava os 60%. As principais áreas de intervenção estratégica, foram:

- Desenvolvimento do sistema e serviços de saúde.
- Reforço da gravidez e do parto seguros.
- Melhoria da segurança do sangue.
- Integração no país, das diversas iniciativas específicas à Região Africana.
- Consolidação da luta para a erradicação da poliomielite.
- Contribuição para a saúde ambiental.
- Promoção da saúde e da investigação em saúde.

Analisando a utilização dos orçamento-programa para os três últimos biénios, (Quadro nº 5) damos-nos conta que as despesas com o pessoal absorveram aproximadamente 50% das verbas destinada à Guiné-Bissau, seguidas pelas despesas com a formação (local e no estrangeiro) que se aproximaram dos 20%. No último biénio, a aquisição de equipamentos ocupou o terceiro lugar, (com 11,7%) do orçamento regular, a que deveremos juntar os equipamentos hospitalares (6,2%). O apoio às actividades de planificação e gestão mereceram também algum destaque, tendo-lhes sido atribuída o correspondente a 4,6% do montante global. Ainda, a introdução de melhorias nas condições de funcionamento das instalações do escritório consumiu 4,2% do orçamento previsto para 2002-2003. A aquisição de medicamentos, vacinas e reagentes, que no biénio 2000-2001 atingiu os 12,8%, baixou, significativamente para 3,4%, no biénio seguinte.

Quadro nº4 : Evolução das áreas de actividade e respectivos orçamentos (dólares americanos) nos biénios 1998-1999 e 2002-2003

ÁREA DE ACTIVIDADE	1998-1999	2000-2001	2002-2003
REC - Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias	770 000	775 000	920 000
GPD - Processo de gestão para o programa de desenvolvimento da OMS no país	99 000	-	-
CSR - Vigilância das doenças transmissíveis	-	118 000	-
CPC - Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis	-	150 000	280 000
NCD - Vigilância, prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis	-	-	61 000
CEE - Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis	-	62 000	-
CAH - Saúde das crianças e dos adolescentes	-	15 000	-
DHS - Sistemas de saúde de distrito	165 000	-	-
HRH/OSD - Recursos Humanos para a Saúde, Organização dos Serviços de Saúde	160 000	352 000	267 000
DAP - Programa de acção para os medicamentos essenciais	50 000	-	-
RHR - Investigação e elaboração de Programas sobre saúde reprodutiva	40 000	87 000	140 000
PHE - Saúde e ambiente (água e saneamento)	312 000	350 000	360 000
HPR - Promoção da saúde	-	127 000	100 000
EHA - Preparação e resposta às situações de Emergência	-	-	10 000
CDR - Luta contra as doenças diarreicas e AIRA	82 400	-	-
TUB - Tuberculose	25 000	-	-
EMC - Vigilância epidemiológica e luta contra as doenças transmissíveis OCD040 - SIDA/DST	65 000 35 000	- -	- -
MAL - Paludismo	50 000	-	-
OCD - Oncocercose	17 000	-	-
MNH - Saúde mental	-	21 000	-
IVD - Vacinação e desenvolvimento de Vacinas	-	60 000	80 000
BCT - Segurança do sangue e tecnologias Clínicas	-	80 000	75 000
RPC - Política e promoção da investigação	-	34 000	15 000
TOTAL	1 871 400	2 231 000	2 308 000

Fonte: Representação da OMS na Guiné-Bissau

Quadro nº 5 : Execução dos orçamentos da OMS/Guiné-Bissau por grandes áreas de implementação, entre 1998-2002

Designação	1998-1999		2000-2001		2002-2003	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Pessoal	846,000	47.1%	852,500	40.1%	804,000	40.3%
Equipamento/material	84,900	4.7%	127,000	6.0%	234,200	11.7%
Formação no exterior	79,100	4.4%	207,000	9.7%	97,000	4.9%
Formação local	114,000	6.3%	95,000	4.5%	118,900	6.0%
Elaboração de documentos	8,000	0.4%	41,000	1.9%	29,200	1.5%
Estudos	37,700	2.1%	78,500	3.7%	65,800	3.3%
Supervisões	57,980	3.2%	32,000	1.5%	34,000	1.7%
Seminários/Reuniões (local)	43,200	2.4%	105,000	4.9%	26,000	1.3%
Seminários /Reuniões (exterior)	158,500	8.8%	74,000	3.5%	0	0.0%
Planificação/gestão	49,000	2.7%	7,000	0.3%	92,400	4.6%
Logística/Serviços comuns	192,800	10.7%	105,000	4.9%	118,000	5.9%
Actividades de Informação, Educação e Comunicação	59,100	3.3%	89,000	4.2%	46,000	2.3%
Medicamentos/ vacinas/ reagentes	52,200	2.9%	272,000	12.8%	68,000	3.4%
Consultorias	14,000	0.8%	38,500	1.8%	55,500	2.8%
Melhoria das instalações		0.0%	0	0.0%	84,000	4.2%
Equipamentos hospitalares		0.0%	0	0.0%	123,000	6.2%
	1,796,480	100.0%	2,123,500	100.0%	1,996,000	100.0%

Fonte: Representação da OMS na Guiné-Bissau

5.2 Evolução dos recursos humanos nos últimos três biénios (1988-2003)

A Representação da OMS na Guiné-Bissau tem vindo a diminuir o seu pessoal ao longo dos últimos biénios de actividade. No biénio 1998-1999 funcionou com o Representante apoiado por dois profissionais recrutados internacionalmente - um Engenheiro de saneamento e um Médico para Planeamento da Saúde que também apoiava a gestão do PNDS no Ministério da Saúde - e por quatro oficiais de Programa Nacional (DPC, HEC, HRH e HIP). No biénio 2000-2001 o Escritório ficou sem o apoio dos profissionais recrutados a nível internacional e sem o DPC. No início de 2002 foram enviados à AFRO os resultados das candidaturas para os postos de DPC e NPO/MAL. Em finais de 2002, procedeu-se ao recrutamento de um NPO para apoiar as actividades do paludismo.

Pela exiguidade da equipa país e pelas dimensões do escritório, o economista para a saúde acumula o ponto focal para os Programas Saúde e Meio Ambiente, Vacinas, Produtos Biológicos e Tecnologias Clínicas e Medicamentos Essenciais; o Responsável pelos Recursos Humanos é o ponto focal para todas as actividades relacionadas com a Organização dos Serviços de Saúde, a Saúde Reprodutiva, Saúde da Criança e Saúde Mental e o Responsável pela Promoção e Investigação da Saúde ocupa-se das funções específicas.

A partir do ano 2000, e através dos fundos extra-orçamentais, a Guiné-Bissau beneficiou de assistência técnica, no quadro da luta contra a paralisia flácida aguda e das Jornadas Nacionais de Vacinação.

5.3 Apoio do Escritório Regional e da Sede da OMS

Em 1998-1999, os fundos extra-orçamentais provenientes do Escritório Regional e da Sede foram essencialmente dispendidos com a aquisição de medicamentos e vacinas, no quadro da ajuda humanitária. Nos biénios seguintes foram principalmente encaminhados para o apoio de actividades específicas, como a vigilância da poliomielite, as Jornadas Nacionais de Vacinação e as actividades de luta contra o paludismo (Quadro nº 6).

Quadro nº 6 : Fundos extra-orçamentais, proveniência e aplicação entre 1998-1999 e 2002-2003

DOMÍNIOS	PROVENIÊNCIA	1998/99	2000/01	2002/03
Emergência	AFRO/EHA	95,000.00	-	-
Tuberculose e Lepra	Sede	3,288.00	-	-
SIDA	ONUSIDA	-	80,000.00	-
Paludismo	AFRO	10,000.00	40,324.00	93,650.00
Vigilância da Poliomielite	AFRO/IVD	-	-	44,500.00
Vigilância da Poliomielite	Rotary International	-	3,000.00	-
Vigilância da Poliomielite	Rotary International	7,000.00	-	-
Vigilância da Poliomielite	Martina Hingis	-	10,796.00	-
NIDS	Rotary International	-	260,000.00	160,066.00
NIDS	Sede	-	70,000.00	-
NIDS	Rotary International	200,000.00	-	-
NIDS	USAID	-	10,000.00	-
NIDS	UNF	-	10,000.00	-
TOTAL		315,288.00	484,120.00	298,216.00

Fonte: Representação da OMS na Guiné-Bissau

Em 2001, o Escritório Regional apoiou o país com diversas missões, com o envio, em Fevereiro, de um consultor para apoiar o processo de finalização do PNDS; uma missão de três elementos para uma formação em Programação, realizada em Maio; o envio de dois consultores, entre Maio e Junho, para apoiar o processo de análise da situação do paludismo na Guiné-Bissau; e outro em Julho para supervisão dos postos-sentinelas para a verificação da eficácia terapêutica dos antipalúdicos na Guiné-Bissau. A Sede custeou a missão de um consultor para apoiar a execução do processo de planificação estratégica de luta contra a SIDA na Guiné-Bissau, e de um outro consultor no mês de Novembro, para apoiar a preparação da segunda volta das Jornadas Nacionais de Vacinação.

Em 2002, o Escritório Regional enviou dois consultores, o primeiro para uma visita preliminar e para a realização de uma reunião de orientação e apoio à estratégia AIDI, e o segundo para uma missão de avaliação do Programa da Lepra. A Sede enviou dois consultores para uma missão de certificação de erradicação da dracunculose.

5.4 Pontos fortes, pontos fracos e desafios

Os pontos fortes da cooperação da Representação da OMS na Guiné-Bissau incluem principalmente a programação e a avaliação conjunta OMS/Governo, no âmbito do Orçamento-Programa, o que é facilitado por uma boa relação entre as duas instituições e a confiança que o Governo da Guiné-Bissau deposita na OMS. Existe um reconhecimento da legitimidade do papel da OMS como conselheira técnica do Governo, e do papel de liderança para as actividades de saúde, não apenas por parte do Governo, mas também pelos diferentes parceiros. A OMS dispõe de documentos de referência e tem uma grande capacidade para colaborar com o país na preparação de documentos específicos às condições locais. A disponibilidade de uma equipa-país, a mobilização de assistência técnica de qualidade, a nível de recursos locais, mas também a nível internacional, ao lado de uma garantia de disponibilização de fundos para as actividades previstas nos planos de acção, representam pontos relevantes da capacidade de cooperação da OMS com o país.

Existem, naturalmente, pontos fracos no processo de cooperação da OMS com o governo. Em face das necessidades do sector, verifica-se a insuficiência de pessoal técnico na equipa local, o que leva a um processo no qual a parceria se limita ao Ministério da Saúde. As acções da OMS no país apresentam uma visibilidade limitada junto dos outros parceiros, o que dificulta o fortalecimento e cooperação com os mesmos. Lamentavelmente, muitos dos documentos produzidos pela OMS não se encontram disponíveis em língua portuguesa. Por outro lado, existe um atraso significativo no atendimento das solicitações da Representação da OMS, por parte do Escritório Regional.

A implementação de acções para melhorar o desempenho da cooperação da Representação da OMS encontra-se, contudo, dificultada pela ausência de motivação do pessoal recrutado a nível nacional, baixos salários, atrasos no pagamento de salários e existência de factores de instabilidade que criam uma situação de difícil gestão. Entre os factores externos ao sector da saúde, que ameaçam a eficácia da cooperação, destacam-se o elevado nível de pobreza e a instabilidade na sub-região.

6 PROGRAMA ESTRATÉGICO DA OMS PARA A GUINÉ-BISSAU

Em 1997, o Ministério da Saúde elaborou um plano nacional de desenvolvimento sanitário (PNDS) que foi actualizado em 2002 e que constitui o quadro de referência para as intervenções no sector, com o objectivo de promover a saúde das populações, em particular das mais pobres. A implementação deste plano está, contudo, confrontado com grandes dificuldades, associadas às carências organizacionais das estruturas estatais e à fraca capacidade do Estado em financiar de maneira satisfatória o sector de saúde, o qual depende fortemente da ajuda externa. Consequentemente, verifica-se uma instabilidade institucional e uma desmotivação dos quadros a todos os níveis. É neste contexto que a Organização Mundial de Saúde se propõe elaborar a sua estratégia de cooperação com a Guiné-Bissau. Mesmo sendo o ambiente actual pouco favorável, a OMS, devido à sua posição privilegiada no país, contribui para a melhoria do estado de saúde da população guineense.

A partir de uma análise da situação bastante exaustiva e baseando-se nas expectativas do Governo face à OMS, foram identificados três eixos estratégicos para constituírem o objecto da cooperação técnica entre a Guiné-Bissau e a OMS para o período 2004-2007. Para orientar o seu trabalho, a OMS privilegiará as suas funções de aconselhamento, advocacia, assistência na elaboração de políticas, adaptação de tecnologias, inovação e apoio à implementação de estratégias a uma vasta escala.

O apoio da OMS às actividades de rotina a longo-prazo, continuará durante o biénio 2004-2005 para sustentar determinadas acções em curso, dado que o país se encontra numa situação de crise, devido à guerra que terminou no primeiro semestre de 1999.

A representação da OMS, em concertação com o Escritório Regional, a Sede e o Governo, poderá proceder à revisão desta agenda estratégica nos casos em que existam mudanças políticas e estratégicas fundamentais no país, que originem novas necessidades de acção e de resposta da parte da OMS. As orientações desta agenda serão traduzidas em acções concretas ao longo dos biénios 2004-2005 e 2006-2007.

6.1 Reforço das parcerias para a saúde

A situação da cooperação no sector da saúde está caracterizada por uma fragmentação das intervenções dos vários parceiros. Verifica-se a falta de coordenação nas diferentes intervenções, cujo resultado é uma concentração de acções em determinadas áreas, em detrimento de outras. A eficácia dessas intervenções é geralmente fraca e existe uma certa competitividade entre os diferentes intervenientes, o que se reflecte numa duplicação de acções.

Com o objectivo de superar os problemas, o Ministério da Saúde criou a Direcção de Planificação e Coordenação da Ajuda Externa (DPCA), a qual está numa fase inicial de funcionamento. Essa Direcção elabora um Plano Operacional Anual, o qual é apresentado aos parceiros para análise. Esse processo apresenta deficiências e requer uma revisão profunda para que se converta num instrumento eficaz de coordenação sectorial.

A OMS tem um papel de liderança, reconhecido pelo Governo e pelos parceiros do sector saúde, e é um membro actuante do Comité de Gestão do PNDS. Por outro lado desempenha um papel fundamental nas decisões governamentais, estratégicas e operacionais, nas várias áreas da saúde. Este eixo estratégico, destinado a melhorar o processo de cooperação no sector da Saúde, desenvolver-se-á nos domínios seguidamente referidos:

Coordenação das acções de saúde

Através da organização de consultas sectoriais, envolvendo os vários parceiros, a intervenção da OMS far-se-á, sobretudo, através da prestação de apoio técnico ao Ministério da Saúde, para o reforço de um quadro global e integrado para as intervenções no sector, por via da Direcção de Planificação e Coordenação da Ajuda Externa e dos administradores regionais e locais. Esse apoio terá como objectivos principais adequar o Quadro Orgânico dessa Direcção à realidade actual, tendo em consideração a necessidade dum reforço da capacidade de planificação, coordenação e seguimento das intervenções e melhorar a formulação do Plano Operacional Anual, orientando as intervenções de acordo com as necessidades do país.

Será ainda prestado um apoio técnico e financeiro ao Ministério da Saúde para a mobilização de recursos destinados à execução do Plano Operacional Anual do DPCA, através do envolvimento dos parceiros na formulação do plano e promoção do mesmo junto dos outros ministérios e agências de cooperação bilaterais, multilaterais e ONG.

Além disso, apoiará a criação de mecanismos que permitam a troca de informações relativamente ao processo de cooperação, em curso, dos vários parceiros, e que assegurem a possibilidade de advocacia junto dos mesmos, com o fim de melhorar a gestão das ajudas externas e a coordenação das intervenções.

Colaboração interssectorial e com organizações da sociedade civil

A intervenção da OMS nesse domínio privilegiará a advocacia junto dos diferentes Ministérios e outros intervenientes, em particular de ONG e associações comunitárias, para a coordenação e criação de quadros de concertação relacionados com áreas multisectoriais de intervenção. As áreas prioritárias e as lideranças serão definidas pelos Ministérios envolvidos, tendo em consideração a sua responsabilidade no país. Nas áreas que necessitam de um reforço de colaboração incluem-se água e saneamento, saúde materna, higiene dos alimentos, a luta contra as doenças como o paludismo e o HIV/SIDA e a gestão das urgências e catástrofes humanitárias. Esses mecanismos deverão privilegiar o intercâmbio de informação e de experiências, assim como estratégias para execução conjunta.

Será prestado apoio técnico específico à Direcção de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde, do Ministério da Saúde, para a elaboração de uma política nacional para Promoção da Saúde e o respectivo plano de execução, num processo que consistirá na realização de uma análise da situação, definição de áreas prioritárias e, com base nessas acções, formulação da política. Será dada particular atenção à parceria com a rede de rádios comunitárias do país, para a produção e divulgação de mensagens promocionais de saúde.

A colaboração com organizações não-governamentais e comunitárias na definição e execução de actividades com boa relação custo-eficácia, através da utilização de tecnologias simples mas de impacto significativo na vida das populações, será encorajada, como uma via alternativa para a descentralização das intervenções.

Para reforçar a colaboração entre os sectores público e privado, incluindo a medicina tradicional, o Ministério da Saúde terá apoio técnico para a elaboração de um plano de desenvolvimento e de mecanismos de regulação e controlo, que permitam a participação organizada do sector privado no Sistema Nacional de Saúde.

6.2 Melhoria do desempenho dos serviços de saúde

O reforço dos Serviços de Saúde, visa introduzir melhorias significativas no seu desempenho, o que constitui uma condição indispensável para alcançar os objectivos estabelecidos pelo estado guineense e responder às necessidades das populações, prestando-lhes cuidados integrados, acessíveis e de qualidade.

O Governo tem vindo a dotar-se de instrumentos de gestão, normativos e estratégicos, com destaque para a elaboração, em 1997, do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, que foi actualizado para o período 2003-2007. Anualmente, são elaborados os Planos Operacionais Regionais e submetidos aos parceiros para financiamento e apoio. A implementação da Iniciativa de Bamako, está numa fase de expansão, com o objectivo de aumentar a fonte de financiamento e a participação comunitária na saúde. Ainda, no âmbito da redução da pobreza, foi elaborada uma Estratégia Nacional onde a saúde surge como uma componente para melhorar as condições de vida das populações.

Nesse sentido, para apoiar o desempenho dos serviços de saúde, a OMS dispõe de uma larga experiência em: 1) melhoria das capacidades técnicas, de atitudes, competências e qualificações dos profissionais de saúde; 2) desenvolvimento de mecanismos de gestão sanitária, incluindo a operacionalização das Equipas Regionais de Saúde; 3) troca de experiências na gestão de saúde; 4) pesquisas e desenvolvimento de sistemas de informação sanitária para a saúde; 5) elaboração de guias, normas e estratégias, visando melhorar o Sistema de Saúde.

Desenvolvimento dos recursos humanos

Face às necessidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos, a OMS irá apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde na elaboração e implementação de um plano de formação de parteiras, por forma a aumentar a cobertura nacional dessa categoria profissional.

Com base nas necessidades identificadas nas Regiões, a OMS pretende ainda apoiar o desenvolvimento de um "plano integrado de formação contínua" dos funcionários de saúde. Esse plano, será elaborado em conjunto pelas diversas instituições que intervêm em domínios específicos da saúde, por forma a integrar necessidades similares e permitir a realização de cursos intersectoriais.

Tendo em conta o papel importante que a motivação dos técnicos representa para o desempenho do sistema, a OMS irá advogar junto do Governo e dos parceiros, pela definição e aplicação das formas que permitam de subsidiar a fixação de pessoal de saúde nas zonas isoladas.

Reabilitação das infra-estruturas de saúde

A OMS deverá, em colaboração e concertação com outros parceiros do desenvolvimento sanitário, apoiar o Ministério da Saúde na busca de soluções para os problemas do país, relacionados com a inadequação das infra-estruturas, falta de

serviços básicos como água, electricidade, esgotos e limpeza de resíduos hospitalares, nas instalações de saúde e inexistência de equipamentos médicos mínimos necessários a uma prestação de qualidade.

Organização de cuidados integrados de qualidade para a mulher

Face à situação bastante precária da saúde da mulher na Guiné-Bissau, que se deve a várias causas associadas à prestação de cuidados de saúde (gerais e maternos), à desigual distribuição de serviços específicos nas regiões e ao objectivo geral de tornar a gravidez mais segura, a OMS pretende advogar junto dos parceiros, para que a cobertura de saúde reprodutiva seja uma realidade em todo o país e apoiar o Ministério da Saúde na melhoria da qualidade dos serviços de planeamento familiar, dos cuidados pré e pós-natais e durante o parto e, ainda, na criação de condições que permitam a transferência das zonas não cobertas por estas iniciativas.

Política e gestão de medicamentos

Embora não existam, actualmente, grandes dificuldades na disponibilização de medicamentos essenciais a nível nacional, verifica-se a existência de problemas organizacionais e de gestão dos medicamentos, para o funcionamento do sistema e para uma resposta eficaz às necessidades de saúde. Nesse sentido a estratégia da OMS será de apoiar, técnica e financeiramente, o Ministério da Saúde na elaboração de uma Política Nacional Farmacêutica e na formulação de uma estratégia para execução dessa política.

Será também prestado apoio técnico para a gestão dos medicamentos a nível central e para o reforço das capacidades e desenvolvimento do corpo de inspecção farmacêutica, assim como a advocacia junto do Ministério da Saúde e dos parceiros, para uma nova dinamização da Comissão Nacional de Medicamentos.

Reforço do sistema de informação sanitária

O sistema de informação sanitária constitui um instrumento importante para o desempenho do sistema nacional de saúde, mas o sistema actualmente em vigor na Guiné-Bissau, apresenta algumas fraquezas que comprometem a sua eficácia. A estratégia da OMS será a de contribuir para que o país disponha de um sistema de informação sanitária mais adaptado às condições do país, pelo que irá apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde na elaboração de um sistema nacional de vigilância integrada das doenças e de previsão das respostas adequadas (incluindo uma rede de laboratórios), na elaboração do plano estratégico nacional de informação sanitária, com particular ênfase para o reforço das capacidades de análise e utilização das informações a todos os níveis e, ainda, na advocacia para a sua implementação, junto dos parceiros.

6.3 Luta contra as doenças prioritárias

Um número restrito de doenças é responsável pela maioria dos casos de morbilidade e mortalidade, o que contribui consideravelmente para o agravamento do estado de pobreza no país. Devido à vasta solicitação dos serviços hospitalares e dos profissionais de saúde, estes encontram-se sobrecarregados, com um nível de atendimento aquém das necessidades. A existência de intervenções eficazes na luta contra essas doenças permitiria a redução das despesas com as mesmas, no sistema de saúde. O governo reconhece a importância estratégica de acções dirigidas à luta contra essas doenças, pelo que procedeu à elaboração de planos estratégicos específicos. Actualmente, está em fase de elaboração a Proposta ao Fundo Mundial, que representará uma peça fundamental na mobilização de recursos para a implementação dos planos estratégicos existentes.

Seria importante salientar que a luta contra essas doenças não deve restringir-se aos aspectos meramente curativos, devendo considerar os aspectos preventivos. O paludismo, por exemplo, está intimamente relacionado com a proliferação de vectores em águas superficiais. Da mesma forma, uma grande proporção dos casos de doenças diarreicas ocorre em função da falta de acesso a água potável, a serviços de saneamento adequados e a comportamentos de higiene que previnam a transmissão dos agentes infecciosos.

A melhoria da situação nacional de saúde permitirá o aumento da produtividade, um melhor desempenho económico e financeiro do país, e o bem-estar geral da população.

A OMS apresenta uma longa experiência na luta contra as doenças que afectam os países em desenvolvimento. Os esforços da OMS resultaram na erradicação de certas doenças, como no caso da varíola, ou prosseguem, de forma encorajadora, como sucede com a poliomielite, oncocercose e a dracunculose. Foram elaborados protocolos para a prevenção e o tratamento da maioria das doenças que afectam o país. Por outro lado, a OMS, dispõe de uma extensa rede de centros de colaboração em todo o mundo, a qual pode ser activada para responder a solicitações dos Estados-Membros, incluindo a Guiné-Bissau. Os dois outros níveis da OMS (Escritório Regional e Sede) também contam com uma capacidade técnica considerável que pode ser mobilizada a favor do país. A OMS dispõe de capacidade para mobilizar recursos provenientes de iniciativas mundiais, regionais e locais, como por exemplo: Fazer Recuar o Paludismo, Travar a Tuberculose, Iniciativa ÁFRICA 2000, etc..

Doenças transmissíveis

Tendo em consideração a origem de certas doenças transmissíveis, associada à falta de condições de base (água potável, eliminação de dejectos, proliferação de vectores de doenças), a OMS deverá interagir com o Ministério da Saúde e outros sectores para a minimização desses problemas. As responsabilidades dos vários actores na prevenção das doenças transmissíveis deverão ser definidas no âmbito do Plano Nacional de Desenvolvimento, ou instrumento equivalente. A OMS deverá colaborar na definição do seu papel nessas acções, consideradas de importância estratégica para a melhoria das condições de saúde no país.

A OMS proporcionará apoio técnico ao Ministério da Saúde, em colaboração com os outros parceiros, na execução da estratégia Atenção Integrada às Doenças da Infância, proporcionando tratamento a crianças que se apresentam numa unidade de saúde, ao mesmo tempo que são disponibilizadas medidas de prevenção contra doenças características das crianças. A OMS contribuirá, sobretudo, para a formação de pessoal nessa área, nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Para dar continuidade no apoio à elaboração das estratégias de luta contra o Paludismo, SIDA e Tuberculose, a OMS prestará uma assistência técnica e organizativa para o reforço das capacidades de execução dos respectivos programas.

A OMS dará assistência ao Ministério da Saúde, através de programas específicos, de acções dirigidas às comunidades e de uma maior intervenção das mesmas, para a melhoria do seu estado de saúde, especialmente através da luta contra as doenças transmissíveis. A participação comunitária incluirá acções para melhorar as instalações de água na comunidade, promover a construção, utilização e conservação das latrinas, incluindo as latrinas escolares e participar na gestão dos centros de saúde e na difusão de mensagens para a promoção da saúde. Essas acções de base comunitária na luta contra as doenças, serão baseadas na Iniciativa de Bamako.

Doenças não-transmissíveis

Apesar das doenças não-transmissíveis não constarem da lista de prioridades do país, representam uma preocupação significativa no seio da OMS, devido ao importante peso que apresentam, no contexto geral da situação da saúde na Guiné-Bissau, e à tendência para o seu agravamento. A OMS, em conjunto com o Ministério da Saúde, colaborará na análise da situação e elaboração das estratégias de luta contra essas doenças, sobretudo as que se mostrarem mais preocupantes.

Preparação e resposta às situações de emergência

Existem deficiências sérias em relação à coordenação da preparação e resposta às situações de emergência no país, reconhecidas pelos vários parceiros com responsabilidades nessa matéria. Preconiza-se a elaboração de um Plano Nacional de Gestão e Resposta às Emergências, a ser coordenado pela instituição nacional responsável por essa actividade. A OMS contribuirá para o processo de consciencialização, através da advocacia ao mais alto nível, para a elaboração do plano.

A OMS dará apoio técnico ao Ministério da Saúde, na definição das suas atribuições em situações de emergência e catástrofes, e na definição da componente saúde na estratégia de intervenção para as situações de emergência e catástrofes, que se apresente em harmonia com as necessidades e a realidade do país.

7 AS IMPLICAÇÕES DO PROGRAMA ESTRATÉGICO PARA A OMS

A OMS deverá rever os seus mecanismos e estratégias de cooperação, assim como compatibilizar a disponibilidade actual de recursos, com as necessidades especiais decorrentes da adopção desta estratégia; deverá concentrar as suas acções em áreas prioritárias, definidas de acordo com os instrumentos estratégicos em vigor no país, o que resultará numa optimização dos recursos existentes e numa melhor relação custo-eficácia, contribuindo assim, substancialmente, para a maior eficácia das suas intervenções na melhoria do sistema de saúde do país.

A mobilização de recursos no seio da OMS deverá ser intensificada, para que seja possível produzir um impacto substancial no sistema de saúde da Guiné-Bissau. Os recursos existentes a nível da apresentação do país, deverão ser reorientados para que as áreas prioritárias identificadas, possam ser abordadas de forma coerente e eficaz.

7.1 Implicações para a representação da OMS no país

Organização da representação

A estrutura orgânica deverá ser analisada e adequada aos novos requisitos identificados. Verifica-se a necessidade de completar o actual quadro de pessoal da Representação, na área administrativa mas também na área técnica. Será necessário redefinir o perfil do pessoal existente e analisá-lo à luz dos perfis requeridos e definidos de acordo com a presente estratégia. Em função dessa análise, deverão ser implementados programas de formação que permitam uma adequação dos perfis existentes e um eventual recrutamento de pessoal, para suprir as lacunas identificadas. Identifica-se de imediato, a necessidade de acelerar o recrutamento do conselheiro para o domínio da prevenção e controlo das doenças, do preenchimento do posto de conselheiro para saúde e ambiente e o início do recrutamento de pessoal para reforçar a área administrativa na área da informática e logística.

Em função do reconhecimento da inter-dependência existente entre os vários programas da OMS na Guiné-Bissau, será também necessário reforçar os mecanismos que permitam o intercâmbio de informação e de experiências entre as diferentes áreas técnicas, o desenvolvimento de actividades conjuntas e o aproveitamento da complementaridade entre as diferentes áreas de intervenção.

Programação e orçamento

Identificaram-se cinco doenças prioritárias (paludismo, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, IST/HIV/SIDA e tuberculose) e problemas ligados à saúde reprodutiva e à coordenação de parcerias, os quais merecerão uma concentração especial de esforços e recursos da representação da OMS na Guiné-Bissau. O orçamento para o biénio 2004-2005 deverá concentrar 75% do total afectado ao país, à implementação de programas que permitam a luta eficaz contra essas doenças, incluindo as acções necessárias a uma melhor vigilância epidemiológica. Os vários parceiros da OMS, incluindo outros Ministérios activos no sector da saúde, deverão ser envolvidos e familiarizados com a nova estratégia da OMS.

Serão definidas e implementadas acções destinadas a uma maior mobilização de recursos financeiros para a execução dos programas saídos da presente estratégia. Serão realizadas consultas sectoriais com o objectivo de analisar a viabilidade de organização de uma reunião de agências de cooperação actantes no sector da saúde no país. O objectivo principal dessa reunião será o de mobilizar os recursos adicionais necessários, de acordo com a nova estratégia da OMS.

Aspectos logísticos

Apesar de terem sido efectuadas reformas importantes na representação no país, relativamente ao edifício, equipamento de informática, mobiliário de escritório, substituição dos veículos automóveis, etc., será ainda necessário adquirir alguns equipamentos importantes no sentido de melhorar o desempenho do pessoal recrutado localmente. Um outro aspecto importante a ser levado em consideração, refere-se à eficácia dos serviços de manutenção dos equipamentos existentes, a qual se encontra comprometida pela baixa qualidade dos serviços prestados localmente.

Devido à instabilidade do fornecimento de energia eléctrica da rede pública, e alguns problemas de funcionamento dos geradores disponíveis no edifício da OMS, será importante efectuar-se um estudo das condições existentes e definir as acções necessárias para a devida correcção do problema.

Informação, documentação e comunicação

A implementação da nova estratégia da OMS para a Guiné-Bissau, requer a estruturação de um sistema de informação que permita acompanhar o processo de execução das actividades prioritárias indicadas. Esse sistema deverá incluir não apenas um acompanhamento da implementação dos programas, mas também dos indicadores de saúde referentes a esses programas.

A OMS como um todo, dispõe de um acervo considerável em termos de orientações, documentos relativos às boas práticas, artigos sobre temas de relevância para a sector da saúde, CD Rom, que incluem uma quantidade extraordinária de material técnico, etc. Muitos desses materiais encontram-se disponíveis em língua portuguesa. No âmbito dessa nova estratégia, a OMS reforçará o seu centro de documentação, para que esse serviço seja oferecido às várias instituições e parceiros a nível nacional. Além disso, os documentos de grande importância para o país, mas que não estejam disponíveis em português, poderão ser traduzidos de acordo com as necessidades expressas e a disponibilidade. Serão contactados outros países de língua portuguesa, por forma a que a documentação existente em português, possa ser divulgada.

As instalações de comunicação existentes, não permitem o acesso ao sistema intranet da OMS. São poucos os computadores que permitem o acesso à internet, o que dificulta o uso do correio electrónico, o qual representa uma ferramenta indispensável de trabalho no mundo actual. A representação da OMS na Guiné-Bissau exercerá todos os esforços necessários para instalar um sistema de ligação em rede no seu escritório, o que facilitará o intercâmbio de informações. Assim que o acesso à internet esteja regularizado e em bom funcionamento, passar-se-á à criação de uma página web, o que permitirá uma rápida divulgação dos programas, indicadores, documentos, etc., a todos os parceiros locais e internacionais.

Reforço das capacidades técnicas e de gestão

O nível de capacitação dos funcionários da representação da OMS na Guiné-Bissau deverá adequar-se às necessidades originadas pela nova estratégia. Deverão ser introduzidos programas de formação para as áreas de informática (processador de texto, folha de cálculo, base de dados), gestão de programas, inglês e formação técnica específica.

7.2 Implicações para o Escritório Regional e a Sede da OMS

O Escritório Regional Africano e a Sede da OMS deverão proporcionar assistência técnica aos programas locais, de acordo com as necessidades identificadas no processo de desenvolvimento desses mesmos programas.

A promoção de um programa de intercâmbio de experiências entre o pessoal das várias representações da OMS, não apenas da Região Africana mas também de outras regiões, constitui também uma iniciativa importante.

Esses dois níveis terão um papel importante na mobilização de recursos financeiros e humanos para o cumprimento dos programas saídos da presente estratégia.

8 CONCLUSÃO

A elaboração de uma estratégia de cooperação da OMS com a Guiné-Bissau constitui o culminar de um processo participativo, que contou com os principais parceiros nacionais e internacionais que intervêm no domínio da saúde.

A situação particular da Guiné-Bissau requer por parte da OMS, a realização de parcerias sólidas, bilaterais ou multilaterais, visando uma melhor coordenação e mobilização da ajuda ao desenvolvimento do sector, baseadas numa abordagem abrangente, multisectorial, com um progressivo envolvimento das comunidades e das suas organizações, com vista à promoção da sua própria saúde.

A OMS, através dos três eixos da sua agenda estratégica, a saber: i) reforço das parcerias a favor da saúde; ii) melhoria do desempenho do sistema de saúde e iii) luta contra as doenças prioritárias, prosseguirá com o seu apoio ao país, para acompanhar os esforços de melhorar as condições de vida das populações.

Tendo em conta a difícil situação económica e social do país, essa estratégia, apesar de ambiciosa, será viável, à medida que outros parceiros e o Ministério da Saúde se comprometam de forma decidida e coordenada na sua implementação. Para aumentar a eficácia das suas intervenções no país, a OMS deverá centrar a sua acção num número limitado de prioridades, rever a sua metodologia de trabalho, reforçar as capacidades técnicas e de gestão do seu pessoal e melhorar as suas condições de trabalho.

A implementação da CCS far-se-á a partir dos planos de trabalho anuais, das contribuições dos outros níveis da Organização, da utilização racional dos recursos existentes e da mobilização de recursos adicionais.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

1. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (1998-2002, actualizado para 2003-2007), Bissau, 1997.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS), Programa-Geral de Trabalho 2002-2005, Genebra, 2001.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS), Quadro Estratégico de Cooperação Técnica com os Estados-Membros da Região Africana, Genebra, 2000.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS), EB 105/3 Estratégia Institucional do Secretariado da OMS, Genebra, 2000.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS), Orçamento Programa 2002-2003, Genebra, 2001.
6. Instituto Nacional de Estatística e Censos, Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau 2001-2002, Bissau, 2002.
7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Relatório Mundial do Desenvolvimento Humano Sustentável, Nova Iorque, 2001.
8. Secretaria de Estado do Planeamento & UNICEF, Multiple Indicators Cluster Survey (MICS), Bissau, 2000.
9. SYLLA, M. B, Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau 2001-2002, INEC, 2002).
10. PNUD, Mémoire de la Guinée-Bissau. Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les moins avancés: Mortalité maternelle en Guinée-Bissau - Dimension, causes et facteurs de risque, Bissau 2002.
11. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo 2001-2005 (PENLP), Bissau, 2001.
12. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau: avançar para os objectivos internacionais, no quadro estratégico de luta contra a pobreza, Bissau, 2002.
13. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PENLS), Bissau, 2002.
14. Ministério de Saúde da Guiné-Bissau, Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PDRHS), Bissau, 1997.

