

Diagnóstico sobre as mutualidades de saúde na Guiné – Bissau

Lígia Monteiro Dias

Novembro de 2006

INDICE

APRESENTAÇÃO

SITUAÇÃO SÓCIO ECONÓMICA DO PAÍS

1- INTRODUÇÃO

2- DESENVOLVIMENTO

2.1- CONTEXTO GERAL EM MATERIA DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU- Situação Sanitária do País

2.1.1- A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

2.1.2 – OUTRAS FORMAS DE FINANCIAMENTO DE SAÚDE

2.2 -TIPOS DE COBERTURA DE SAÚDE DE DOENÇA NA GUINÉ-BISSAU

2.3 – NOSSA REALIDADE EM TERMOS DE PROTECÇÃO NA SAÚDE ATRAVÉS DE PARCERIAS

a) – OUTRAS FORMAS DE PROTECÇÃO

b) CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DAS MUTUALIDADES DE SAÚDE NA GUINÉ -BISSAU

c)-MUTUALIDADE DE SAÚDE DE VARELA – UMA EXPERIÊNCIA PILOTO

3 – LEIS APLICÁVEIS A ESSAS ORGANIZAÇÕES

4- PERSPECTIVAS: PROJECTOS EM CURSO E POSSÍVEIS DESENVOLVIMENTOS

5- CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIAS

SIGLAS:

AD – ACÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO

ADIM – ASSOCIAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DAS MULHERES

AIFA PALOP

ASB – AGENTES DE SAUDE DE BASE

BIT – BEURAU INTERNACIONAL DO TRABALHO

CS – CENTROS DE SAUDE

DENARP – DESENVOLVIMENTO DE ESTRATEGIAS NACIONAIS PARA REDUÇÃO DA POBREZA

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

IB – INICIATIVAS DE BAMAKO

MATRONAS – PARTEIRAS TRADICIONAIS

ONG – ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUDIAL DE SAUDE

OMD – OBJECTIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO MILENIO

STEP – ESTRATEGIAS E TECNICAS CONTRA EXCLUSÃO SOCIAL

USB – UNIDADES DE SAUDE DE BASE

UEMOA – UNIÃO DE ESTADOS MEMBROS DA AFRICA OCIDENTAL

APRESENTAÇÃO

O nosso estudo basear-se-á na análise da literatura existente e dos textos informativos e diagnósticos realizados nos países da UEMOA, envolvidos na elaboração de um quadro jurídico para as mutualidades de saúde nesses países.

Foram utilizados os seguintes documentos:

- Actualização de inventario das mutualidades de saúde em 11 países de África de Oeste;
- Concertação entre os actores de desenvolvimento das mutualidades de Saúde em África 2004
- Textos sobre o projecto BIT/STEP
- Relatório das Missões a Varela feito no quadro de apoio SETP/Portugal 2003-2005
- Os Estatutos da Mutualidade de Varela
- BERE/KABORE – Mme Yolande Sevirine – Diagnostic des mutuelles de santé au Burkina mai 2005
- ACEP – O associativismo e o Micro – Credito na Luta Contra Pobreza pela Promoção do Bem – Estar Rural – Estudos de casos em Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique

O presente estudo de caso, será desenvolvido da seguinte forma:

Primeiramente fará o enquadramento da situação sócio económico do país, o nível da pobreza e outros factores que impedem o desenvolvimento.

No desenvolvimento, uma parte explica a situação sanitária do país, o nível de cobertura dos cuidados primários de saúde tipos de seguro de saúde disponibilizados aos indivíduos e à população, E uma segunda parte falar-se-á da mutualidade de saúde de Varela como uma experiência piloto de seguro de saúde, o funcionamento das USB, e de outras formas de cobertura de saúde.

Finalmente as leis aplicáveis a essas organizações, as perspectivas, projectos em curso, possíveis desenvolvimentos e, por último a conclusão.

É de sublinhar que este diagnóstico, foi realizado com vista à preparação do atelier de reflexão sobre a elaboração do quadro jurídico sobre mutualidades de saúde a ter lugar em Bissau de 8 ao 9 Novembro de 2006.

SITUAÇÃO SÓCIO ECONÓMICA DO PAÍS

A Guiné-Bissau, é um Estado da África Ocidental delimitada a Norte pelo Senegal, a Este e a Sul pela Guiné Conakri e a Oeste pelo Oceano Atlântico. É formado por uma parte insular formado por ilhas, denominado arquipélago dos Bijagós. Com uma superfície de 36.125 km², dividido em 8 regiões administrativas mais o sector autónomo de Bissau. Conta com uma população de 1.3 milhões de habitantes, com uma taxa de crescimento demográfico de 2.1%, com um PIB por habitante de 161.300 FCFA em 2002 (240 euros), e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0.350 (ou seja o 172) em 177 países classificados. A Guiné-Bissau faz parte dos países mais pobres do Mundo, de acordo com o relatório do PNUD 2004, sobre o Desenvolvimento Humano. A Guiné-Bissau teve a sua independência política em 1974, após uma guerra colonial de (11) onze anos, e viveu durante vinte anos o sistema monopartidário. Em 1994 foram realizadas as primeiras eleições livres e democráticas, e em 1998, eclodiu o conflito político militar, consequência dum golpe de estado que teve a duração de (11) onze meses.

Após 30 anos de independência, a Guiné-Bissau continua a ser um país absolutamente prioritário, que necessita da mobilização do conjunto de parceiros de desenvolvimento a seu favor.

O conflito armado de 1998-1999, além de desestruturar o país em termos de infra-estruturas económicas, administrativas e sociais, afectou sobremaneira o já fraco sistema económico, como também proporcionou o ambiente de constante instabilidade política e institucional. O quadro dos indicadores económicos revela a real situação do país.

Na Guiné – Bissau, as políticas de desenvolvimento e de luta contra a pobreza assentam-se numa visão a longo prazo, horizonte 2025, denominado **Djito tem** – Estudos Nacionais Prospectivos a Longo Prazo, no DENARP, – Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza. A elaboração de ambos os estudos baseou-se num processo participativo, sem falar do compromisso do Estado da Guiné-Bissau em cumprir os Objectivos do Milénio. Ambos os documentos aspiram sobretudo à criação de condições para um crescimento económico forte e sustentável; aumento de acesso aos serviços sociais essenciais; melhoria da boa Governação; modernização da Administração Pública e do Estado de Direito; reforço das capacidades do sector privado; aumento da participação da sociedade civil e da mulher no processo de

desenvolvimento, e ainda o compromisso com o cumprimento dos (8) oito objectivos do milénio – OMD.

a) Indicadores Económicos Seleccionados

Indicadores	Valores	Anos
Superfície	36.125 Km2	
População	1.300.000 Habitantes	2002
Taxa de crescimento da população	2.1%	2002
População urbana	33%	2002
Taxa da fecundidade	6.8 Crianças	1991
Esperança de vida	45 Anos	2002
Índice do desenvolvimento humano	0.350	2004
Taxa de mortalidade infantil	124 Por 1.000	1999
Taxa de escolarização	61.8%	2000
Taxa de alfabetização	36.6%	2000
Taxa de alfabetização das mulheres	16.7%	2000
População activa	589.491	2000
% Sector agrícola população activa	82%	2000
% De população com menos de 1\$/ dia	20.8%	2002
% População com menos 2\$/dia	64.7%	2002
Produto Interno Bruto	161.3 FCFA	2003
Taxa de crescimento do PIB	-4.2%	2002
Taxa inflação anual	3.9%	2003
Taxa de investimento domestico	8.3%	2003
Investimento estrangeiro directo em% PIB	0.5%	2003
Peso da divida externa em % do PIB	341.1%	2003
Saldos dos serviços	-16.6%	2003
Saldos excluindo donativos	-12.2%	2003

Fonte: INEC

b)Crescimento Populacional

A população da Guiné-Bissau apresenta uma taxa de crescimento de 2.1%.

Após a independência em (1974-1991) a população da Guiné-Bissau, estimava-se em 997.203 milhões de habitantes o ultimo senso data de 1991, a projecção para 2010 é de 1.400.000 habitantes.

c) Distribuição da População Por Idade E Sexo.

A população guineense conta com 50.5% de mulheres. Quanto à estrutura etária, ela representa as características de uma população muito jovem, sendo 48.1% das pessoas com idade inferior a 15 anos e, 53.5% com idades compreendidas entre os 35 a 55 anos.

d) Distribuição da Pobreza Segundo o Meio Rural/ Urbano

Índice da pobreza por região

Regiões	Taxa de Pobreza absoluta (INF.2\$/DIA
Bafatá	72%
Biombo/Bolama	62'6%
Cacheu	63,8
Gabú	65,8%
Quinara Tombali	69,1%
Regiões fora de Bissau	69,1%
Bissau SAB	51.6%
Todo país	64.7%

Fonte: INEC, Dezembro 2002

Como pode-se ver no quadro, a profundidade da pobreza revela-se mais acentuada no interior do país, do que em Bissau.

A avaliação da pobreza feita em 2002, revela que os pobres da Guiné-Bissau são essencialmente os jovens (80% entre os 15 e 35 anos), sendo que as pessoas mais velhas não representam mais que 6,5% dessa população. A análise por género mostra que a pobreza afecta mais as mulheres que os homens do ponto de vista da profundidade e severidade da mesma, quando as estatísticas revelam que os agregados familiares dirigidos por mulher são menos expostos à pobreza que os chefiados por homem. As pessoas que vivem no interior do país estão ainda mais expostas à pobreza.

1- INTRODUÇÃO

A luta contra a pobreza implica a prevenção e eliminação de situações e fenómenos económicos, sociais e culturais que interagem e são responsáveis pela manutenção e reprodução do ciclo de pobreza, impedindo que segmentos da população acedam a condições de vida humana, digna e com autonomia.

A Protecção Social permite a distribuição de riquezas entre os membros da família e da sociedade. Permite reduzir consideravelmente os riscos da pobreza e contribue para a melhoria do estado de saúde da população, à acessibilidade, à assistência sobre as bases dos princípios da universalidade, equidade e solidariedade.

Perto de metade da população mundial não tem acesso aos cuidados primários de saúde, e a nenhuma cobertura de protecção social. Esta exclusão atinge principalmente as pessoas que vivem nos meios rurais e no sector informal urbano tornando-as mais expostas aos riscos de doenças.

A pobreza reduz dos orçamentos relativos ao apoio social e a saúde, a sua fraca eficiência na utilização dos recursos em quantidade e qualidade de oferta dos cuidados, os problemas culturais, a situação geográfica são muitas vezes as principais causas da falta de acesso aos cuidados de saúde.

Na área da saúde calcula-se que a exclusão à protecção social atinja actualmente cerca de 80% da população, que na sua maioria vive nos países da África subsariana.

É no sector informal que o deficit da protecção social é mais elevado.

O sector informal raramente foi tido em conta na concepção de políticas de protecção social, quando as tendências nos países em desenvolvimento, são o aumento de empregabilidade da mão-de-obra activa nas actividades informais. Esta realidade obriga que esforços se façam em grande medida, através de mecanismos que permitam chegar às pessoas fora do sistema formal do trabalho, bem como de suas famílias. É necessário desenvolver estratégias e mecanismos inovadores destinados a essas camadas, trabalhando sobretudo nos sistemas de protecção de base comunitária, como por exemplo, o incentivo à criação de mutualidades de saúde, ou de seguros sociais e outros. Como vem emergindo nos últimos anos nos diferentes países do mundo com destaque nos países africanos, especificamente os da UEMOA.

Os sistemas de micro seguros de Saúde constituem uma resposta à ausência de cobertura social na maioria dos países em desenvolvimento e apresentam características muito diversas. Estes sistemas são reagrupamentos diferentes, e apresentam diversos termos tais como: “ **Micro seguros de saúde** “**sistemas solidários de financiamento e de saúde, sistemas de seguro de doença, mutualidade de saúde**. Com o objectivo de facilitar a melhor compreensão do termo “ **micro seguro**”, em 1999, foi proposto pelo BIT, através do programa BIT/STEP, a harmonização do termo pelas organizações que trabalham nessa matéria, tanto ao nível das organizações nacionais como das internacionais.

O termo faz evidentemente referência à micro finanças. E o termo micro tecnicamente é utilizado para denominar estas organizações, não importando o tamanho, pois tanto no micro finanças como no micro seguro, algumas organizações ultrapassam mais de um milhar de membros. O termo “ micro” faz referência sobretudo, de uma parte, ao nível mais fraco da transacção (a cotização nos casos de micro seguros de saúde) que implicam tais mecanismos, e de outra parte, à proximidade entre os seus membros e a estrutura. Portanto, o termo cobre uma variedade de organizações que não têm as mesmas características.

Na África de Oeste, o termo mutualidade de saúde é muito familiar e muito conhecido. No estudo da capitalização sobre o projecto BIT/ STEP, foram sublinhados dois grandes factores que justificam a emergência das mutualidades de Saúde em África de Oeste: O primeiro factor, está relativamente ligado ao financiamento do sistema de Saúde, à iniciativa de Bamako, tido como o factor fundador duma reforma profunda e fundamental nos sistemas de Saúde.

Em Setembro de 1987 os ministros de saúde de alguns países africanos, sobre a égide da UNICEF e da OMS, reuniram-se em Bamako, para definir uma nova política em matéria de financiamento dos cuidados de saúde. O objectivo dessa iniciativa era o de facilitar o acesso à população aos cuidados de saúde de qualidade, permitindo assim a participação da população no sistema de financiamento. Nesta base foram institucionalizados dois princípios, o da recuperação de custos dos serviços de saúde, através de tarificações de actos médicos, por um lado e, por outro, a participação da população na administração dos serviços de saúde através da recuperação de custos, e pagamento de uma parte dos custos das prestações (medicas, consultas, parto e hospitalização), e do pagamento de metade ou total dos medicamentos essenciais. O

princípio básico é de que, os cuidados de saúde não seriam mais gratuitos, e de que a comunidade deveria compartilhar nos custos da saúde.

A IB previa igualmente a participação das populações, início de um marco importante no processo de democratização. A partir desse princípio a sociedade civil encontrou um ambiente propício para desenvolver as suas próprias iniciativas. Pode-se dizer que os sistemas de mutualidades de saúde emergentes, também são frutos da IB.

O segundo factor que explica a emergência das mutualidades de saúde, está ligado à evolução política destes países, principalmente no domínio da saúde. Os programas de reajustamento estrutural traduzidos por reformas económicas e institucionais, que visam a desvinculação progressiva do estado em determinadas áreas, e a promoção do sector privado e das associações. Estas reformas procuraram instaurar e consolidar as condições de uma economia de mercado dum lado e, por outro, impedir que as grandes empresas privadas e operadores económicos detivessem o controle dos preços, vectores de crescimento económico. Estas reformas traduziram-se nas reformas da saúde designadamente na implementação da prática de uma lógica de cobertura dos custos, de descentralização e de participação das comunidades na gestão dos serviços da saúde. Neste contexto, uma atenção particular foi acordada pelas autoridades, às ONG'S e aos financiadores na promoção das mutualidades de saúde, que é vista como uma alternativa ao financiamento dos cuidados de saúde.

As mutualidades de saúde surgem como uma resposta à extensão de cobertura dos cuidados de saúde aos grupos vulneráveis, uma resposta ao seguro voluntário, um recurso disponível para a população. As suas estruturas permitem-lhes ter as suas próprias organizações, e garante-lhes os cuidados de saúde, e estas podem apresentar formas diversas e serem desenvolvidas por diversos actores (prestadores de cuidados, população e estruturas diversas). O mais importante é encontrar um denominador comum, que devem seguir todas as organizações, que podem ser classificadas de mutualidades de saúde. O Estado deve ser um aliado e interessado em acompanhar estas iniciativas nestes países.

2- DESENVOLVIMENTO

2.1- CONTEXTO GERAL EM MATERIA DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU – Situação Sanitária do País

A saúde é uma condição indispensável para manter o equilíbrio macroeconómico e assegurar o desenvolvimento do país. A política da saúde faz parte integrante da política global da Guiné-Bissau.

Entre os problemas dos sectores sociais, o Governo prioriza a Educação e a Saúde, cujo objectivo é o de “assegurar à população os serviços de saúde de base de qualidade fornecendo cuidados materno infantis, curativos, preventivos e promocionais” no quadro dos cuidados primários de saúde e a política inclui ainda entre os grandes objectivos a participação comunitária e a medicina tradicional.

Durante o conflito armado de 1998-1999, a maioria das infra-estruturas de prestação de cuidados médicos e de apoio que existiam, principalmente do sector autónomo de Bissau ficaram danificadas, devido às bombas e a actos de pilhagens e vandalismo. Como consequência da guerra um número significativo de quadros técnicos do sector da saúde viu-se obrigado a abandonar o país e a procurar refúgio no estrangeiro. Terminada a guerra poucos foram os que regressaram ao país.

Indicadores de Saúde da Guiné-Bissau comparados com Africa em 2000

Indicadores	Guiné-Bissau %	Média Africana %
Esperança de vida à nascença	44	50
Mortalidade infantil	128	92
Vacinação	63	53
Acesso a água potável	53	47
Urbana	37	74
Rural	57	32
Saneamento básico	21	47
Urbano	32	n.d
Rural	17	n.d

Dado do PNDS (versão final 2003)

Como pode-se constatar no quadro acima, alguns indicadores de saúde da Guiné-Bissau estão abaixo da média na África Subsaariana.

As taxas de mortalidade mais altas da população encontram-se nas mulheres e crianças.

Entre 1997-1998, foram registados 2.602 óbitos nos serviços de pediatria do hospital de referencia do país HNSM num total de 16.298 internamentos, o que representa 16%, e 44% desses óbitos são devido ao paludismo, 13% às infecções respiratórias, 38% a outras doenças incluindo as diarreias.

O paludismo é responsável por mais de 50% das consultas em todas as regiões e faixas etárias, e com maior incidência nas crianças e a sua incidência tem grandes repercussões na mortalidade, assim como no absentismo e na produtividade.

Para além do paludismo, das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, as doenças que afectam a população são: complicações ligadas à gravidez e ao parto, as doenças sexualmente transmissíveis / SIDA, o Sarampo e a Tuberculose.

A cobertura vacinal aumentou devido ao Programa Alargado de Vacinação, e a promoção das campanhas de vacinação, contudo ainda há muito por fazer. De acordo com os dados referentes a 1994, a taxa de imunização das crianças de 12-13 meses é de 93% para BCG, de 45% para O DPT3, de 45% para poliomielite. 46 % para o sarampo.

No que concerne ao acesso aos medicamentos em quantidade e qualidade constitui problema para a saúde pública. A multiplicação de postos de venda ilegal de produtos farmacêuticos provenientes de circuitos paralelos duvidosos e viciados constitui um problema delicado enquanto estabelecimento público de saúde.

2.1.1. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde está organizado da seguinte forma: a nível central, regional e local.

A nível central, é representado pelo Ministério da Saúde, as Direcções de Serviços Centrais, Programas Nacionais, cuja responsabilidade é a gestão global das actividades em prol da saúde do indivíduo, da família e das populações do país. Tem o mandato de definição das políticas, das estratégias, da regulamentação, da fiscalização das actividades, da mobilização e coordenação das ajudas externas, e da orientação técnica e apoio operacional e logístico dos diferentes programas e actividades sanitárias.

A nível regional, este nível, corresponde à divisão administrativa do país, com excepção para as regiões administrativas de Bolama/Bijagós que está dividida em duas

regiões sanitárias. Da mesma forma fez-se com Cacheu e São Domingos devido à situação geográfica e à dificuldade de acesso. Portanto o país está dividido em 11 zonas sanitárias. A este nível a sua função é a de traduzir as políticas nacionais em estratégias operacionais e apoio técnico, seguimento e avaliação.

A nível local, o país está dividido em 36 sectores, mais o sector autónomo de Bissau, pois este, está equiparado a uma região em termos sanitários. Este nível é considerado como operacional, cujo papel é o de implementar o pacote mínimo das actividades do PMA, características dos cuidados primários de saúde. De acordo com o mapa vigente, o nível local está organizado em 114 áreas sanitárias, dotadas de estruturas sanitárias, centros de saúde, Tipo A, B e C de acordo com os actos médicos praticados nesses centros e da sua localização geográfica.

Ainda a nível local as comunidades estão organizadas em torno de Unidades de Saúde de Base, USB, uma estrutura de iniciativa local. Existem cerca de 639 USB, que asseguram os cuidados mínimos, curativos, preventivos e promocionais, no entanto, de acordo com o levantamento feito em 2001 apenas 99 funcionavam e possuem medicamentos.

No que concerne ao fornecimento de medicamentos, o Ministério da Saúde está a implementar a Iniciativa de Bamako, à qual fizemos referência atrás.

Quanto à sua gestão é confiada a um comité de gestão composto por (técnicos de saúde e a própria população beneficiária). As receitas devem ser reutilizadas em favor das comunidades locais na reposição dos medicamentos e outros

.

2.1.2. – OUTRAS FORMAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Além da Iniciativa de Bamako existem outras formas de participação comunitária (contribuição financeira) chamada de “abota”, sendo uma cotização que se realiza a nível duma comunidade para mobilização de fundos destinados a suportar as despesas comunitárias. A política IB, visa garantir o abastecimento de medicamentos às USB. As modalidades de contribuições variam de uma comunidade para outra. Em algumas localidades só pagam os adultos e em outras só são dispensadas crianças com cinco anos de idade.

Existe a necessidade de se identificarem mecanismos que substituam a iniciativa de Bamako.

Segundo o PNDS, a promoção da colaboração entre o sector público e o sector privado não lucrativo, tais como as entidades religiosas e ONG'S com actividades sanitárias está inscrita entre as prioridades do Ministério da Saúde. É necessário assegurar a complementaridade e a coerência das intervenções destas organizações através de informação, negociação, e regulamentação e, principalmente estimular a colaboração com as igrejas no que concerne aos cuidados aos grupos vulneráveis, em especial as pessoas com deficiência.

2.2 -TIPOS DE COBERTURA DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU

Na Guiné-Bissau, em síntese podemos classificar os trabalhadores em 3 categorias:

- Os trabalhadores do sector publico, denominados de funcionários públicos
- Os trabalhadores do sector privado e das empresas publicas;
- Os trabalhadores do sector informal urbano e rural

a) Os trabalhadores do sector publico, denominados de funcionários públicos

Em relação aos trabalhadores do sector público, apesar de existir um Decreto-lei nº 30-A/ 92, de 30 de Junho artigo 645, no capítulo dos direitos dos trabalhadores, que garante assistência médica e medicamentosa aos funcionários e aos seus familiares, pode-se dizer que na prática não tem vindo a funcionar devido a dificuldades financeiras do país. Portanto a assistência médica tem sido feita de forma selectiva, devido ao número excessivo de trabalhadores, cerca de 17.000 trabalhadores da função pública.

b) Os trabalhadores do sector privado e das empresas publicas

A cobertura a esta categoria de trabalhadores é feita pelo INPS, instituição do Estado, responsável por gerir este sistema, denominado de “sistema de previdência social”, (sistema obrigatório). Apesar da sua autonomia administrativa, financeira e patrimonial, é tutelado pelo governo, através do Ministro do Trabalho a quem compete a definição das políticas. A sua gestão é controlada por um Conselho de Administração composto pelo representante da tutela, dos empregadores e dos trabalhadores. O INPS não tem fins lucrativos e funciona sob o princípio básico de solidariedade social, quer dizer solidariedade entre gerações. Estes trabalhadores são inscritos obrigatoriamente no regime geral e no seguro de acidentes de trabalho e doenças profissionais, através de empresas onde trabalham, e funcionam através de um sistema de contribuição sobre o

salário líquido, repartidos entre o empregador e o trabalhador, em proporção de 14% e 8% respectivamente, e pago mensalmente. E mais uma taxa adicional para SOATDP, que varia de 2% à 10% paga apenas pelo empregador. Este regime, dá cobertura aos trabalhadores e seus familiares nas eventualidades de riscos de doença, velhice invalidez morte e sobrevivência. No capítulo da doença, dá assistência médica e medicamentosa e assistência na maternidade, através de reembolsos das despesas com medicamentos ao custo de 50% e 75%, para os familiares e o próprio trabalhador, respectivamente. Os beneficiários activos do regime geral de Previdência social são de aproximadamente 6000, mais os seus familiares.

c) Os trabalhadores do sector informal urbano e rural

No que concerne aos trabalhadores do sector informal e rural, estes trabalhadores representam cerca de 80%, e normalmente são vulneráveis financeiramente. Estes grupos da população, normalmente pagam directamente a sua assistência médica e medicamentosa, quando estiverem doentes. Dentro dessa categoria encontramos as pessoas carentes e pessoas portadoras de deficiência que devido à sua situação não têm condições de suportar as despesas com a sua assistência médica. Normalmente recorrem às estruturas de base, às congregações religiosas existentes a nível local. Após a independência, antes do último conflito armado de 1998, as populações organizavam em torno dos comités de base, através do processo de “abotas” para garantir assistência médica e medicamentosa. De um modo geral os serviços de assistência social desenvolvidos pelas diferentes organizações da sociedade civil têm contribuído na melhoria da assistência à saúde das populações.

2.3 – NOSSA REALIDADE EM TERMOS DE PROTECÇÃO DA SAÚDE, ATRAVÉS DE PARCERIAS

a) Outras Formas De Protecção

Tomando como referencia o papel da missão católica de Bula no que concerne a cuidados primários de Saúde:

Bula é uma pequena vila situada ao norte do país, com uma superfície 746Km², o sistema de prestação de serviço a nível local está organizado em 3 Postos de Saúde, um em cada sector, Bula, são Vicente e João Landim, e 18 Unidades de Saúde de Base, uma em cada tabanca piloto.

Anteriormente com o apoio de UNICEF, em termos de manutenção das viaturas, as irmãs davam cobertura as 18 tabancas, com a deslocação semanal para promover as consultas, controle nutricional vacinação etc.

Actualmente trabalham apenas em 11 tabancas e com as deslocações mensais, e estas deslocações são feitas em conjunto com os técnicos afectos ao CS de Bula.

Para além do Centro de Saúde de Bula, existe o Centro de Recuperação Nutricional, a nível da missão católica, que promove consultas todas as segundas-feiras para a população. Este centro tem capacidade para internamento de 10 crianças, para casos de recuperação nutricional e outras situações.

As principais causas de consultas são o paludismo, as diarreias, as consultas pré-natais, para as situações mais complicadas e os partos, normalmente são encaminhadas para o CS ou para o Hospital Regional ou central conforme for a gravidade.

O custo de reembolsos de medicamentos varia de 100 FCFA, 500 FCFA à 1000 FCFA e a maioria de casos a custo zero quando o paciente alegar não ter recursos financeiros.

Em tempos, antes do conflito de 07 de Junho de 1998, as pessoas a nível das USB, pagavam anualmente 1000FCFA, e entregavam aos Agentes de Saúde de Base para reposição dos medicamentos, o dinheiro era entregue às irmãs para o efeito da compra dos medicamentos. Este processo precisa ser retomado.

Para sublinhar, segundo as irmãs de Bula, uma consulta chega a ter 70 pacientes, oriundos de várias tabancas de outras regiões do país. As 11 tabancas onde as irmãs actuam, têm uma população de aproximadamente 18.339 pessoas.

b) Contexto de emergência das mutualidades de saúde na Guiné-Bissau

Falando do contexto da emergência de mutualidades de saúde, pode-se dizer que é uma prática ainda pouco desenvolvida no país, apesar de existirem vários tipos de organizações, mutualidades nas práticas de micro finanças em diferentes domínios económicos e sociais.

Desde sempre, em todos os grupos étnicos, as pessoas solidarizam-se. A solidariedade e a entajuda, são valores sociais e culturais que caracterizam o povo guineense e constitui o mosaico guineense. As pessoas solidarizam-se e se associam na sua maior parte de forma temporária, para procurarem juntos, soluções aos seus problemas comuns ou individuais, ligados aos aspectos sociais, económicos, culturais e religiosos dentro da comunidade.

No final da década de 80 e início da década 90 a esta parte assiste-se a um aumento significativo de número de organizações de base principalmente nas zonas rurais incorporando elementos modernos de organização, de funcionamento e de gestão.

Hoje elas constituem-se e surgem publicamente com o objectivo de responder á interesses muito concretos, por vezes novos interesses, **comercialização conjunta, lavouras de campos comunitários, gestão de pequenos equipamentos, auto construção de escolas comunitárias, Unidades de Saúde de Base, compra de medicamentos, e** desenvolvimento de novas actividades económicas e actividades geradoras de rendimento. Este salto, é o fruto da liberalização económica.

Com o surgimento das ONG'S nacionais e internacionais, graças à abertura política, o movimento associativo principalmente no meio rural tem vindo a consolidar e a aumentar cada vez mais o número de organizações de base.

Em termos de mutualidade de saúde, podemos falar somente da mutualidade de Varela, que emergiu no quadro de apoio da ONG – AD – Acção para o Desenvolvimento, no âmbito do programa BIT/ STEP, na perspectiva da inclusão social dos grupos vulneráveis.

No caso da Guiné-Bissau, existem ainda poucos elementos comparativos, no que respeita a diferentes tipos de sistemas de mutualidades sociais, uma vez que ainda é uma pratica, pouco desenvolvida no país. Neste momento, a nível da organização comunitária, existe apenas uma mutualidade de saúde, apesar de haver um pouco por todas as diferentes caixas de micro finanças e mutualidades a nível das actividades geradoras de rendimento, na sua maioria com a participação efectiva das mulheres.

Conforme o relatório da missão, no quadro do programa BIT/STEP realizado em 2005, aponta-se como dificuldades na implementação de mais mutualidades sociais os seguintes pontos:

- Evolução muito lenta e pouca adesão da população;
- Ausência por períodos longos dos técnicos de saúde, falta de enfermeiros
- Pouco conhecimento no domínio da mutualidade e de sua gestão
- Poucos recursos financeiros
- Pouca sensibilização à adesão
- Pouco hábito em matéria de seguro de saúde desenvolvido pela população, prevalece ainda a mentalidade assistencialista.

c) –Mutualidade de Saúde de Varela – Uma experiência piloto

Varela é uma zona rural que fica situada à 55km de Bissau, formada por 16 tabancas periféricas, pertencendo ao sector sanitário de São Domingos, onde se encontra o hospital regional.

O Centro de Saúde existente naquela localidade não é suficiente para dar cobertura a toda a população da área, Em 2000 houve a necessidade de construção de uma maternidade na tabanca de Iala, para dar resposta às necessidades de mulheres grávidas que precisam de se deslocarem a São Domingos, para terem os seus filhos, com o apoio da AD no quadro da cooperação bilateral BIT/STEP, e a sua gestão foi confiada a um grupo de mutualista comunitário.

Após um estudo de viabilidade, com o apoio do projecto BIT/STEP, com oferta dos serviços de saúde da área, foram formadas duas pessoas da AD na área das mutualidades no Senegal.

Em 07 de Julho de 2003, com o apoio da AD, foi constituído a mutualidade de Saúde de Varela, denominado UGUENON NIGUENENI que significa “**os nossos problemas estão resolvidos**”, iniciaram com 40 aderentes e 65 beneficiários. Actualmente conta com 120 beneficiários. (dados retirados rapport de mission 2005).

As cotizações efectuem-se nos períodos mais altos, quer dizer na época das colheitas (Dezembro à Julho). Cada família aderente deposita uma jóia não reembolsável de 500 FCFA, posteriormente começam a pagar a cota de 1100FCF por cada pessoa a cargo no limite máximo de 6 pessoas. O aderente é registado e recebe o cartão de adesão da Mutualidade de Saúde por um período de observação.

A mutualidade de saúde de Varela cobre as seguintes eventualidades

- Consulta geral de urgência
- Serviços de pequena cirurgia
- Consulta pré-natal
- Parto
- Hospitalização
- Evacuação

Tem por objectivo:

- Desenvolver a solidariedade e entre ajuda dos seus membros
- Apoiar as despesas de saúde dos seus membros

- Proporcionar aos seus membros os cuidados sanitários
- Realizar acções de prevenção de doenças e sensibilização, formação e educação dos membros;

Condições de admissão

Podem ser admitidas na mutualidade todas as pessoas, sem distinção de sexo raça religião e etnia, está aberto a cooperar com outras organizações congéneres para atingir os seus objectivos.

Domínio de Acção

A Mutualidade de Saúde de Varela, cobre as despesas dos cuidados de saúde dos seus beneficiários nas estruturas sanitárias e com os seguintes níveis de cobertura de encargos financeiros:

*** No Centro de Saúde de Varela**

Consultas gerais, suturações e outros cuidados ambulatoriais 100%

Medicamentos do centro de saúde 100% (custo de consulta é suportado pelo doente)

Consultas pré – natal de grávidas 100% e medicamentos do Centro de Saúde e maternidade 100%

Partos 100% dos custos (consultas, análises e cuidados) e medicamentos no CS Varela e Maternidade

**** Evacuação de Varela para São domingos 100% do custo de transporte**

***** Hospital de São Domingos**

Hospitalização 100% das tarifas, consultas, hospitalização, análises e cuidados e os medicamentos adquiridos na farmácia do Hospital

****** Evacuação para Ziguinchor 100% do custo da ambulância**

******* Hospital de Ziguinchor**

Pagamento de um subsidio de 20.000 FCFA por cada doente da mutualidade de saúde.

3 – LEIS APLICÁVEIS A ESSAS ORGANIZAÇÕES

Não se pode dizer que exista uma lei específica para as mutualidades e tão pouco para a mutualidade de saúde, por ser uma pratica emergente no país. Contudo, em tempos atrás, sobre essa matéria, houve várias associações a nível local, ao torno das unidades de saúde de base que cotizavam para garantir o abastecimento de medicamentos essenciais e cuidados médicos e cuja gestão era feita pela unidade de saúde com o apoio dos técnicos da saúde e das irmãs religiosas.

Pode-se falar sim da existência de um Decreto-lei Nº 23/92 que regulamenta a criação das ONG'S – B.O Nº 12 de 23/03/92. E pelo DL Nº4/997, que cria o Sistema Nacional de comparticipação nos custos de assistência medica e medicamentosa, tanto a nível estatal como comunitário. O mesmo Decreto/lei define as bases para a criação de um quadro jurídico que regulamenta e viabiliza o princípio de solidariedade entre o mundo rural e urbano. O Governo nos termos do nº 2 do artigo 100º da Constituição Da República decreta o seguinte:

Artigo1º: garantir a todos os utentes do SNS, de acordo com a disponibilidade do governo, assistência médica e medicamentosa, independentemente das suas condições económicas.

Artigo2º: todo o utente dos estabelecimentos nacionais de saúde tem o dever de comparticipar, de acordo com o nível de rendimentos e de acordo com as modalidades e tabelas instituídas por lei.

Artigo 7º: atendendo as particularidades da IB, o governo estabelecerá o regime de participação popular na gestão dos fundos da assistência médica e medicamentosa.

4- PERSPECTIVAS: PROJECTOS EM CURSO E POSSÍVEIS DESENVOLVIMENTOS

A extensão de cobertura de Protecção Social é uma preocupação do Governo e do Estado da Guiné – Bissau, pois ela constitue uma arma importante na luta contra a pobreza e a garantia de direitos sociais aos cidadãos. Esta é mais uma realidade ainda a ser conquistada, pois ela, está intimamente ligada aos aspectos sócio económicos do país e à recuperação economia e sua reestruturação, à criação de postos de trabalho como exige a participação de outros actores da sociedade civil.

Com o apoio do BIT/STEP foi elaborado uma nova lei de Enquadramento da Protecção Social, já aprovado pelo Governo, aguardando a sua ratificação pela ANP. Essa lei prevê a extensão de cobertura da protecção social a 3 níveis a saber: Protecção Social da Cidadania; Protecção social aos trabalhadores por conta de outrem e Protecção social aos trabalhadores independentes.

Em 2004, foram lançadas, através da cooperação multilateral entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal e Ministério da Solidariedade social família e Luta Contra a Pobreza, uma rede denominada “ Desenvolvimento de uma Rede de Protecção Social” envolvendo cerca de 15 ONG’S entre as quais, Entidades religiosas, nas distintas áreas sociais, incluindo a prestação de cuidados médicos, como por exemplo o caso do hospital de Cumura, USB das tabancas de Buba sob os auspícios das irmãs.

A nível da cooperação bilateral, através do programa STEP, existem três projectos, a saber: A Mutualidade de saúde de Varela, coordenada pela AD, o Projecto Banco de Cereais, no sul do país coordenado pelo AIFA PALOP, e ADIM, actividade pesqueira envolvendo as mulheres, do leste do país.

5- CONCLUSÃO

A política do Governo para a saúde, assenta sobre o princípio dos cuidados primários de saúde, que implica uma cobertura e um acesso universal aos cuidados primários de saúde de qualidade e uma distribuição equitativa dos recursos de que dispõe. O princípio de equidade exige uma atenção particular aos grupos vulneráveis da sociedade, que actualmente não têm acesso ao sistema de saúde, por razões financeiras, culturais ou geográficas.

O seguro de saúde apesar de ser um sistema complexo, dado à sua natureza, pois exige a participação comunitária e o engajamento dos aderentes na concessão e implementação dos objectivos comuns, e é um sistema muito recente, é de grande importância.

Na Guiné-Bissau, apesar de existir na prática muitas organizações e associações que trabalham em sistemas de mutualidades nas distintas áreas sociais e económicas, a mutualidade de saúde ainda é pouco desenvolvida. Existem poucas experiências e documentação sobre essa matéria.

Contudo pode-se dizer que existem possibilidades ou seja, ambiente propício para dinamizar a promoção de mutualidades de saúde, por este ser um bem necessário para

toda a população, e a população de um modo geral está habituada a pagar as prestações de serviços de saúde, por vezes com custos muito elevados.

È importante senão necessário, trabalhar no sentido de informar, sensibilizar e incentivar as pessoas a aderirem às estruturas sanitárias, e, promover o seguro de saúde:

- Incentivar as ONG'S e as Associações de Base a promoverem as mutualidades de saúde;
- Implicar o Estado na regulamentação das relações de cooperação entre os centros de saúde e as organizações que trabalham na saúde e nas mutualidades;
- Envolver o Estado através dos Ministérios de Saúde e da Solidariedade Social na definição do quadro jurídico sobre as mutualidades de saúde;
- Investir na formação de gestores de mutualidades;
- Ratificar o projecto-lei de enquadramento da protecção social que prevê a extensão da protecção;
- Pôr em pratica as estratégias consignadas no PNDS;
- Apoiar os promotores das mutualidades de saúde em termos de recursos financeiros e outros.

BIBLIOGRAFIAS:

- 1- ACTUALIZAÇÃO DO INVENTARIO DAS MUTUALIDADES DE SAUDE EM 11 PAISES DE AFRICA DE OESTE**
- 2- CONCERTAÇÃO ENTRE OS ACTORES DE DESENVOLVIMENTO DAS MUTUALIDADES DE SAUDE EM AFRICA (2003)**
- 3- TEXTOS SOBRE O PROJECTO STEP PALOP**
- 4- RELATORIOS DAS MISSÕES A VARELA 2003 E 2005**
- 5- OS ESTATUTOS DA MUTUALIDADE DE VARELA**
- 6- ACEP- O ASSOCIATIVISMO E O MICRO CREDITO NA LUTA CONTRA POBREZA PELA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR – Estudos de Caso em CABO-VERDE; GUINÉ-BISSAU e MOÇAMBIQUE**
- 7- RERE/KABORE, Yolande Sévérine- Socióloga – Etat Des Lieux Des Mutuelles De Santé Au Burkina, Abril 2005**