

Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos

Strategic planning in Guiné-Bissau's health sector: evolution, influences and processes

Cátia Sá Guerreiro

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Augusto Paulo Silva

Instituto Oswaldo Cruz, Brasil

Tomé Cá

Organização Oeste Africana da Saúde

Paulo Ferrinho

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Resumo

Apesar de ser reconhecido que o planeamento estratégico (PE), quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade.

A República da Guiné-Bissau (RGB), um dos países mais pobres do mundo, apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país. Trata-se porém de um Estado que tem feito ao longo dos anos o exercício do PE para o setor da saúde (PES).

A gestão estratégica do SS da Guiné-Bissau foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas e orientou a elaboração de dois Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). O terceiro PNDS, em elaboração, será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

O processo de PES na RGB incorpora e alimenta ainda outros processos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem a uma teia de documentos orientadores - políticas, planos, programas, projetos.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida por uma Célula de Gestão do PNDS no Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na referida Célula de Gestão, e também ao facto de o PE ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

O presente artigo faz uma viagem de revisão aos processos de PES na RGB em três momentos, cada um associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. Numa narrativa que pretende guardar memória destes processos, o artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores, ou segue uma metodologia de análise de documentos, na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes ou consultores do MINSAP da RGB.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, Guiné-Bissau, sistema de saúde.

Abstract

Although it is recognized that strategic planning (SP), when evaluated according to predefined goals and objectives, has a low execution rate, it has value as a complex, participatory and mobilizing procedure in all quarters of society. Strategic health planning (SHP) has begun to emerge since the 1990s, strongly driven by the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) and more recently by the *Health 21 - Health for All in the 21st Century* (WHO, 1998).

The Republic of Guinea-Bissau (RGB), one of the poorest countries in the world, presents a context of fragility and deficiencies in health and functioning of its health system, which does not respond to the health needs of the country. It is, however, a State that over the years has made the exercise of SHP.

The strategic management of the RGB's health system was, until March 2017, guided by a National Health Policy adopted and approved in 1993. It has, over time, framed various thematic policies and guided the preparation of two National Health Development Plans (NHDP). The extension of the first NHDP was framed by the first National Strategy Document on Poverty Reduction (DENARP I 2004-2007) and the second NHDP by the DENARP II (2011-2015). The third NHDP, in preparation, will be guided by the National Health Policy adopted in March 2017, by the Strategic and Operational Plan of the Government *Terra Ranka* (2015-2025) and by the recommendations that emerged in October 2014 from the 1st National Health Conference.

The SHP process in RGB also incorporates and feeds other planning processes by partners, services and civil society bodies, giving rise to a web of guiding documents - policies, plans, programs, projects.

The management of this complexity should have been taken over by the NHDP Management Office, which has not happened. This is partly due to the lack of staff in the Office, and also to the fact that the SP is seen not as an element of dynamic strategic management, but as a self-contained process that allows mobilizing funds from donors and guides other thematic planning cycles, not always articulated with the NHDP's time horizon.

The present article makes a review trip to the SHP processes in RGB in three moments, each associated with a NHDP: 1998-2002 (extension of 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. In a narrative that intends to keep a memory of these processes, the article reports either to the personal experiences of the authors, or follows a methodology of analysis of documents, mostly unpublished, obtained from key informants in the course of several works in which Authors were involved as directors or consultants of the Ministry of Public Health of RGB.

Key Words:

Health planning, Guiné-Bissau, health system.

Introdução

A República da Guiné-Bissau (RGB) está a elaborar o seu terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

Neste artigo revemos os processos de planeamento estratégico (PE) na RGB em três momentos, cada associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003 a 2007); 2008-2017; 2018-2020.

O artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores ou segue uma metodologia de análise de documentos (Bowen, 2009), na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes (TC, APS) ou consultores (PF, CSG) do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da RGB.

Contexto histórico, político, económico e social

A RGB fica situada no oeste do continente africano, sendo de realçar uma componente insular, com 88 ilhas, correspondente a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência. Do ponto de vista administrativo, o país está dividido em 8 regiões e um setor autónomo - cidade de Bissau - capital política, económica e administrativa do país. Em termos de administração sanitária apresenta-se dividido em 11 regiões.

Em 2016, a população da RGB foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade¹. A sociedade guineense é marcada pela diversidade étnica e coabitação de diferentes credos religiosos.

Os indicadores demográficos registam uma evolução no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade mostra tendências decrescentes (República da Guiné-Bissau, 2015).

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um. A Assembleia Nacional Popular é eleita por 4 anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente (Sangreman et al, 2006). Isto reflete-se no Índice Ibrahim de Governança Africa-

na em que a RGB, entre 54 países africanos, em 2016 se encontrava colocada em 44º lugar.

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,424 em 2015), na classificação de 2015, a RGB ocupa o 178º lugar, num total de 186 países².

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano.

Com um PIB *per capita* de \$590 dólares americanos (2015), em 2010 cerca de 70% da população vivia em pobreza moderada (com 2\$ dólares americanos ou menos por dia) e 33% em pobreza extrema (com 1\$ dólar americano ou menos por dia)³.

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 74% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA). Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, conseqüentemente, a instabilidade social, com greves frequentes nos setores da saúde e educação. As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

A educação tem deficiente desempenho e recursos humanos, financeiros e materiais escassos. A evolução dos indicadores de escolarização não é favorável (República da Guiné-Bissau, 2015).

Os indivíduos qualificados saem do sistema de educação e de formação sem perspetivas de futuro, uma vez que um número significativo dentre eles não encontra um emprego digno do seu nível de qualificação. Se a questão da inserção profissional já é bastante difícil para os jovens de uma maneira geral, ela é ainda mais dramática para os jovens com estudos superiores. Para um indivíduo licenciado pelo ensino superior os setores de atividade financeiramente mais interessantes para trabalhar são o setor moderno privado, a administração pública (exceto educação) e o setor da saúde. Para os diplomados do segundo ciclo do secundário, são, por ordem decrescente de importância, os domínios da saúde, da administração geral (exceto educação) e dos serviços (República da Guiné-Bissau, 2015).

A RGB integra a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), a UEMOA e a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). No âmbito da integração regional uma série de diretivas sobre cuidados transfronteiriços, fármacos, formação de pessoal de saúde e livre circulação dos profissionais de saúde, entre outras, deverão ser transpostas para o *corpus juris* nacional.

Sistema de saúde

A RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país (Republica da Guiné-Bissau, 2003). Os aspetos referidos no Quadro 1 refletem as principais fraquezas do SS, as quais têm persistido desde a elaboração do primeiro PNDS.

Organização do Sistema de Saúde

Para compreendermos a organização do SS temos que ter noção da organização do mapa sanitário (Caixa 1) e dos setores de prestação de cuidados de saúde:

- **Setor público**, patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por:
 - Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP (Caixa 2);
 - Serviços de saúde militar na dependência do Ministério da Defesa e serviços de saúde prisionais sob o Ministério da Justiça;

- **Setor convencional** entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir);

- **Setor privado** composto por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado;

- **Setor tradicional**, ainda por caracterizar.

Quadro 1: Principais fraquezas do SS da perspetiva dos insumos e processo

Insumos no SS	Principais fraquezas
Integração Regional	Adoção das diretivas regionais têm-se processado com grande lentidão.
Liderança, governação, organização e gestão	Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes. Política Nacional de Saúde data de 1993. Fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores. Coordenação inadequada entre o MINSAP, as regiões e os vários parceiros. Modelo excessivamente centralizado. Atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo fragmenta ainda mais o SNS. Atividade privada não regulamentada. Poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências dos cargos, entre outros.
Financiamento da saúde	O orçamento regular do MINSAP, das DRS e das ES depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. OGE alocado para a saúde é escandalosamente exíguo. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.
Recursos humanos	Falta de informação sobre RHS. Desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, continuada especializada, de promoção; recrutamento, colocações e retenção; incentivos. Baixa motivação do pessoal devido a equipamentos inadequados e ao atraso frequente no pagamento de salários que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS. Profissões da saúde não estão padronizadas. Carreiras não implementadas, com necessidade de atualização. Falta de capacidade para manter supervisão formativa. Instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não legalizados.
Infraestruturas, equipamentos e produtos de saúde, logística	Fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada.
Prestação de serviços	Supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha na gestão de mecanismos de comunicação.
Gestão do sistema de informação em saúde	Irregularidade da supervisão, quase ausência da prática de controlo de qualidade de dados; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; multiplicidade e não harmonização de instrumentos de recolha de dados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados; fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados. Incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do conhecimento.

Caixa 1: Mapa sanitário

Do ponto de vista administrativo, a RGB está dividida em **8 regiões de saúde (RS)**: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em **36 setores** e um **Setor Autónomo** (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país). Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o **mapa sanitário** apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 Áreas de Saúde (AS)** (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas.

1 - <http://www.stat-guineebissau.com/> consultado a 13 de fevereiro de 2017.

2 - <http://hdr.undp.org/en/data>

3 - World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

Caixa 2: SNS: organização, infraestruturas e equipamentos

Nível comunitário

A revitalização das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros. Realça-se ainda a iniciativa de reabilitação de base comunitária pela missão holandesa Kimon, num projeto apelidado de Jedidias.

Serviços de 1º contato

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de centros de saúde (CS) generalistas - tipos A, B e C, e 4 tipos de centros especializados - Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de reabilitação nutricional (CRN), Centros Materno-infantis (CMI) e o CS mental.

- *Centros de saúde generalistas:* os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os em relação ao pacote de intervenção que lhes foi atribuído (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2014, existiam 123 CS, dos quais 7 do tipo A, 8 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 108 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades (PMA) (Caixa 3). Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por ausência de estrutura física em condições aceitáveis. O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima.

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- o A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações que vivem entre 5 km a 20 km do CS da respetiva AS;
- o As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas.

- *Centros de saúde especializados:*

Foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do PNLS. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV.

Os CRN e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas. Por último temos o CS mental Osvaldo M'Veira, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional.

Nível secundário dos cuidados de saúde

Existem 5 hospitais regionais (HR) em funcionamento - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP, com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções Nacionais/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora Dr. Ernesto Moreira. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre as estruturas sanitárias. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também a respostas inadequadas para um nível terciário por falta de recursos humanos especializados, falta de equipamento necessário ou ainda pela existência de equipamentos por instalar ou sem pessoal competente para os utilizar. Esta precariedade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de manuseio por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares que poderiam ser melhor aproveitadas num complexo hospitalar de nível terciário partilhado entre as três unidades.

Caixa 3: Pacote mínimo de atividades (PMA)

O PMA é da responsabilidade dos CS nas 114 AS do país, estando definidas as atividades entre os CS os ASC, e é composto por cinco grupos de atividades:

- Atividades curativas,
- Atividades preventivas,
- Atividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –,
- Estratégia avançada e
- Atividades de apoio.

A definição do PMA implicou a adoção de critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infraestruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer atual e adequado, à exceção de algumas correções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do recém-nascido e no tratamento anti-retroviral.

Planeamento estratégico no MINSAP

Apesar de ser reconhecido que o PE, quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade. O PE contribui para ganhos em conhecimento (sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes) e para a difusão desse conhecimento de

uma forma generalizada e direcionada, obtendo consensos e legitimação da visão estratégica proposta e clarificando áreas prioritárias para concentração de recursos e esforços (Mintzberg H. et al, 2009).

Em diversos países existe um interesse renovado nos processos de PES, como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse “num plano, num mecanismo de financiamento e num quadro de referência para monitorização e avaliação”. (Oliveira D, 2015)

O PES começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. (WHO, 1998).

A gestão estratégica do SS da RGB foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas (PT) e orientou a elaboração de dois PNDS. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). As

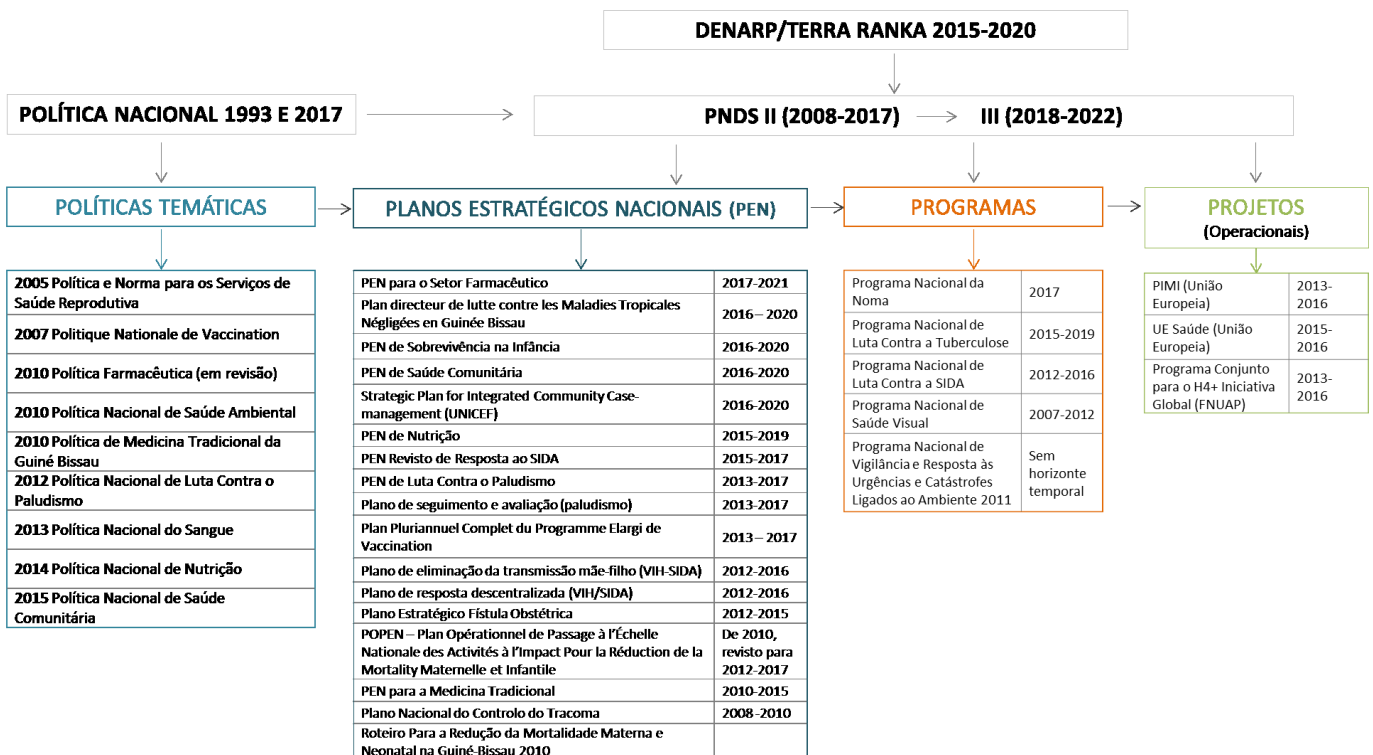


Fig. 1: Quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde

PT e os PNDS enquadram os Planos Estratégicos Nacionais (PEN) temáticos e os respetivos programas e projetos.

O terceiro PNDS será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka) (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A figura 1 reflete o quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde no momento atual, sendo feita de seguida uma resenha histórica do PES na RGB, antecedendo a descrição dos aspetos processuais de elaboração dos PNDS.

Perspetiva histórica

Depois do golpe militar de 1980, o regime militar perdurou até 1984, ano em que uma nova Constituição foi aprovada, fazendo o país retornar a um regime civil, evoluindo em direção à democracia multipartidária no começo dos anos 90 com a cessação da proibição de partidos políticos em 1991 e eleições multipartidária em 1994.

Como reconhecido na literatura (Reich, 1995; Lopes da Cruz, 2007), estes momentos de mudança política, criam oportunidades para reformas que, na RGB levaram ao abandono do planeamento normativo, protagonizado em 1984 pelo então denominado Ministério da Coordenação Económica e Plano. Os diferentes setores, em especial a saúde, viram-se então livres para desenvolverem uma abordagem própria.

Na sequência de um Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS) de 1990 do MINSAP, foi adotada uma abordagem de planeamento tipo *bottom up*, muito participativo e consensual com todos os atores implicados. Este período de planeamento decorreu em pleno Programa de Ajustamento Estrutural (Monteiro, 1996), momento em que um planeamento de desenvolvimento geral deixou de existir no País, só sendo retomado com a elaboração do DENARP I, no segundo milénio.

O primeiro PNDS surgiu no contexto de uma PNS de 1993 orientada por princípios de consolidação dos CPS, de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde em todo o país, sendo apresentado numa mesa redonda setorial de 1997 para obter apoios financeiros dos doadores.

A partir do PNDS I a função de planeamento assumiu um papel estruturante na gestão estratégica do MIN-

SAP (Silva, 1999). O PNDS I constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, a execução do PNDS ficou, por um lado, comprometida mas, por outro, manteve o seu caráter de um plano estruturante, com orientações claras, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas.

Surgiu entretanto a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no DENARP I (2004-2007), alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Foi identificada a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais.

A avaliação do PNDS I em 2007 permitiu concluir que, de um modo geral, houve ligeira melhoria dos indicadores. No entanto, os objetivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não tinham sido alcançados devido a:

- Instabilidade político-militar,
- Instabilidade administrativa⁴,
- Baixa contribuição do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde que manteve a dependência quase total do exterior,
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil),
- Dificuldades na concretização da estratégia de descentralização que impediu que as regiões sanitárias (RS) tivessem autonomia de planificar e executar atividades de forma autónoma (Fronteira et al, 2007).

É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação.

O PNDS II, enquadrado no DENARP I, foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico, de forma a assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017. As condicionantes associadas à implementação do PNDS I, mantiveram-se idênticas para o PNDS II. O pouco que se avançou foi orientado por um plano de operacionalização do PNDS II, preparado pelo MINSAP com o apoio dos parceiros (Republique de Guinée Bissau, 2012), para os direcionar nas suas intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar o esforço da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar as metas do PNDS II para o número de enfermeiros e de médicos por 10 000 habi-

Caixa 4: Estratégias de desenvolvimento nacional

As estratégias de desenvolvimento nacional foram, no passado, operacionalizadas nos DENARP e atualmente no Plano Estratégico e Operacional *Terra Ranka*.

Os DENARP constituíram o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros externos. Foram os instrumentos de operacionalização das grandes prioridades nacionais, definidas na Visão Prospetiva do Desenvolvimento, denominada «Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten», adotada pelo Governo em 1996. Este documento constituiu o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros.

A estratégia definida articulava-se à volta de quatro eixos estratégicos:

1. Fortalecer o Estado de Direito e as Instituições Republicanas,
2. Assegurar um ambiente macroeconómico durável e incitativo,
3. Promover um desenvolvimento económico durável e inclusivo,
4. Aumentar o nível de desenvolvimento do capital humano.

O primeiro DENARP vigorou de 2006 a 2008, enquanto o DENARP II de 2011 a 2015. Além da diferença de horizonte temporal, o DENARP II distinguiu-se ainda do primeiro em virtude do seu quadro de operacionalização, os Planos de Ação Prioritários (PAP), destinados a implementar as metas traçadas pelos diferentes Ministérios sectoriais – o PNDS II, no caso da saúde.

Através do DENARP I, a RGB fixou objetivos ambiciosos de desenvolvimento económico e social:

- Desenvolver as infraestruturas de apoio à produção,
- Atingir uma taxa média anual de crescimento de pelo menos 5% durante o período,
- Limitar a taxa de inflação média anual a 3%,
- Reduzir a incidência de pobreza de 68,5% em 2005 para 65,9% em 2008 e 64,1% em 2010,
- Assegurar a expansão e a melhoria de acesso à educação para a universalização do ensino de base,
- Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 122 por mil em 2004 para 104,5 em 2008,
- Reduzir a mortalidade infantojuvenil,
- Reduzir a mortalidade materna.

No final do ano 2006 realizou-se em Genebra a conferência internacional de doadores na base do DENARP I. Os compromissos assumidos pelos parceiros internacionais não foram concretizados. O Governo reconhece que os objetivos do DENARP I não foram alcançados. Com base nas lições aprendidas foi elaborado o DENARP II.

O principal objetivo do DENARP II era reduzir a pobreza nas suas múltiplas dimensões, para criar mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorar o acesso aos serviços públicos básicos de qualidade num Estado de direito reforçado. Outros objetivos importantes eram a redução da insegurança alimentar, da mortalidade infantil, juvenil e materna, a eliminação da desigualdade estrutural entre homens e mulheres, assim como o aumento anual do crescimento económico, do acesso à água potável e do fornecimento de eletricidade, entre outros.

A estratégia definida no DENARP II articula-se à volta de quatro eixos principais:

1. Fortalecer o estado de direito e as instituições republicanas;
2. Reformar a administração e melhorar a gestão das finanças públicas;
3. Promover o desenvolvimento económico durável;
4. Melhorar a qualidade de prestação de serviços nos sectores sociais.

O DENARP II definiu também um dispositivo de monitorização e avaliação, com o respetivo orçamento, instrumentos inexistentes no DENARP I.

“Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten” foi substituído em 2014 por “Guiné-Bissau 2025 Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 «Terra Ranka»” documento que orienta a elaboração do PNDS III e que foi a base da conferência internacional de doadores em 2015.

tantes. A ameaça do Ébola nos países vizinhos reforçou os investimentos nos sistemas de vigilância, alerta e resposta rápida (Ferrinho 2015).

Os eixos do PNDS II em que se observaram menos progressos foram o da governação e de infraestruturas e equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersectorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência)

observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas (Ferrinho 2015).

4 - Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

Em 2011, e com horizonte temporal até 2015, foi adotado o DENARP II (República da Guiné-Bissau, 2011). Em 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP, este foi substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo eleito em 2014 (Terra Ranka) (2015-2025).

As estratégias de desenvolvimento nacional encontram-se sintetizadas na caixa 4 e os temas de saúde presentes no Plano Estratégico e Operacional Terra Ranka no quadro 2.

Em Outubro de 2014 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento que se seguiu. (caixa 5).

É neste contexto, e no ano a seguir à adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável, que emergem a vontade e a necessidade de elaborar o PNDS III 2018-2022. Esta elaboração teve em conta as recomendações indicadas como prioritárias por uma assistência técnica internacional (ATI) de 2015, concretamente que:

- A autoridade e liderança do MINSAP saíssem reforçadas. O PNDS III deveria ser claro nas orientações para o conseguir.
- O financiamento e sustentabilidade do sistema fossem objeto de propostas bem refletidas.
- A organização do SS e do MINSAP beneficiasse de estabilidade legal e estatutária (elaboração e aprovação de uma lei de bases da saúde).
- As exigências jurídicas do reforço do SS sugeriam a necessidade de equipar um Gabinete Jurídico no MINSAP com juristas formados em direito sanitário.
- A organização do sistema deveria ser objeto de orientações precisas, alinhadas com uma maior autonomia para as RS, o HNSM e algumas outras instituições do nível central (Central de Compra de Medicamentos Essenciais - CECOME).

- A descentralização e a autonomia, entres outras razões, obrigam a rever o mapa sanitário do País.

- Se sustentem os ganhos programáticos observados, realcem as respostas necessárias para melhorar a saúde materna e neonatal, melhorar as respostas às doenças que exigem evacuação para o estrangeiro e fortaleçam as recomendações referentes à diminuição das desigualdades em saúde, implicando um forte investimento em meios complementares de diagnóstico e na formação das equipas para os fazer funcionar.

- Seja promovida a formação dos recursos humanos da saúde (RHS) no país (inicial e pós-graduada), a qualidade dos quadros formados, a inserção numa carreira digna e dinâmica, a colocação e retenção onde são necessários, o trabalho dentro de equipas com competências complementares e a aprendizagem ao longo da vida

- Se realçasse a avaliação do desempenho e que a recompensa pelo bom desempenho seja reforçada.

- A logística seja uma prioridade do PNDS III.

- Se valorize o desenvolvimento de serviços sustentáveis de manutenção dos edifícios, do parque automóvel, dos equipamentos médicos, dos painéis solares etc.

- Se continue a investir no desenvolvimento de um sistema de informação de saúde harmonizado e funcional, alinhado com as recomendações da OOAS.

- Se garanta a inclusão, no próprio PNDS III, de um plano de avaliação e monitorização.

- Uma política de colaboração com os parceiros seja consensualizada e implementada de forma a aumentar a eficiência das intervenções e a garantir a sua sustentabilidade⁵.

Uma missão da OOAS em 2016 reconheceu “A pertinência de um novo plano estratégico, a sua adequação ao novo contexto internacional e regional em matéria de saúde pública, às orientações políticas internas e às novas realidades sociodemográficas do País”.

Entre fevereiro e abril de 2017 foi conduzido por um dos autores um diagnóstico da situação de saúde na RGB que ajudou a estabelecer as prioridades para o PNDS III.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do PNDS III.

Quadro 2: Temas de saúde na estratégia do Governo até 2025

Pilotagem e gestão do sistema de saúde	Cuidados de saúde de qualidade
	Definição de políticas e estratégias do setor e mapa sanitário
	Definição de normas e procedimentos
Desenvolvimento de infraestruturas de qualidade	Requalificação do espaço do antigo hospital 3 de Agosto
Medicamentos e produtos	Reforço dos mecanismos de aquisição de medicamentos
Programas de saúde prioritários	Projeto do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA
	Prevenção e Luta Contra o Paludismo
	Prevenção e Luta Contra a Tuberculose
	Programa de seguimento e desenvolvimento de saúde e nutrição na infância
	Reforço dos serviços de saúde e da qualidade da prevenção contra o VIH
	Prevenção e Luta Contra o VIH / Sida
Programas dos jovens	Saúde reprodutiva dos jovens
Programa integrado de turismo nos Bijagós	Programa integrado de infraestruturas e desenvolvimento humano (eletricidade, telecomunicações, CS, escola, centro de formação profissional)

Caixa 5: Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Saúde

- o Elaborar e implementar a Lei de bases do sistema de saúde;
- o Rever a política nacional da saúde e o PNDS II;
- o Atualizar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS);
- o Mobilizar recursos financeiros para a implementação do PNDS II e PNDRHS II;
- o Elaborar a política da gestão e manutenção das instalações e equipamentos de saúde;
- o Elaborar regulamentos para o funcionamento das ES;
- o Criar uma Agência Nacional da Vigilância Sanitária;
- o Atualizar o mapa sanitário;
- o Adotar e aprovar o projeto dos estatutos do Hospital Nacional Simão Mendes no Conselho de Ministro;
- o Redefinir a constituição da Equipa Regional da Saúde (seus integrantes);
- o Coordenar as atividades dos programas em diferentes níveis de implementação (central, regional e local);
- o Assegurar a Implementação efetiva e contínua do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde nas estratégias avançadas nas AS de difícil acesso;
- o Garantir o transporte para as evacuações das grávidas e doentes principalmente nas RS de difícil acesso e nas ilhas;
- o Recuperar os centros de saúde (CS) em estado de degradação;
- o Requalificar e redefinir os postos sanitários;
- o Equipar as estruturas de saúde de acordo com as suas características (Hospitais de Referência, CS tipo A, B e C);
- o Dotar os Hospitais de equipamentos de diagnósticos adequados;
- o Formar e especializar os trabalhadores em quantidade e qualidade suficientes;
- o Assegurar a continuidade da procura das estruturas de prestação de serviços e dos cuidados através da mobilização social;
- o Elaborar e implementar o regulamento e estatutos para cada nível de prestação de cuidados de saúde;
- o Assegurar o investimento nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (reabilitação e equipamentos e materiais médicos);
- o Implementar a carreira dos trabalhadores de saúde (revisão de critérios de enquadramento);
- o Rever as formas de incentivos dos técnicos colocados nos locais de difícil acesso;
- o Implementar os mecanismos previstos no estatuto disciplinar relativamente à responsabilização dos técnicos;
- o Criar um gabinete de contencioso junto à Inspeção-geral para Assuntos da Saúde (IGAS) e descentralizar os Serviços da Inspeção para as RS;
- o Responsabilizar os trabalhadores da Saúde pelos seus atos profissionais na emissão das juntas médicas falsas;
- o Criar um gabinete de coordenação das atividades das ONG's que intervém na área da saúde;
- o Regularizar a atuação das ONG's no domínio da saúde;
- o Implicar as Direções Regionais de Saúde na coordenação e supervisão das atividades das ONG's;
- o Reforçar a Coordenação com os parceiros;
- o Fazer funcionar o centro da telemedicina;
- o Rever os acordos de evacuação de pacientes e identificar novos parceiros;
- o Rever o regulamento de funcionamento de Junta Médica Nacional;
- o Facilitar a junta médica para os trabalhadores da Saúde;
- o Criar centros de acolhimentos em Lisboa para os doentes evacuados;
- o Regularizar o funcionamento da comissão nacional da junta médica (com participação de todos os intervenientes no setor);
- o Criar mecanismo de parceria de evacuação dos utentes aos países de Sub-Região;
- o Rever o acordo de parceria assinado com Portugal no domínio da evacuação de doentes.

Processos de elaboração dos PNDS

Estes processos são abordados para cada um dos três períodos em consideração.

PNDS I

No contexto do PRGS foi treinada uma equipa de “Animadores” em planeamento e gestão. Este treinamento desenrolou-se no MINSAP com o apoio de técnicos da OMS-Genebra no âmbito do então chamado programa “*Intensified Cooperation with Countries*”. Depois da formação, constituiu-se a Rede de Animadores do PRGS com tarefas específicas de formar as Equipas Regionais de Saúde (ERS) em planeamento e gestão. Para isso deslocavam-se periodicamente às RS de acordo com um plano de atividades aprovado pelo MINSAP juntamente com a OMS. Os resultados do PRGS foram:

- Criação de equipas a nível regional;
 - Desenvolvimento de uma certa polivalência entre os membros das equipas;
 - Trabalho em equipa na resolução dos problemas percebidos como prioritários para o desenvolvimento sanitário da respetiva região;
 - Planos operacionais bem elaborados nas RS implicadas;
 - Associação estreita dos parceiros locais ao processo, o que teve frequentemente um impacto muito positivo sobre os recursos disponíveis nas regiões (integração de certas atividades, como a formação contínua e a supervisão do pessoal dos centros de saúde);
 - Reorganização dos sistemas de saúde regionais criando a necessidade de uma certa harmonização.
- O PRGS não conseguiu ultrapassar o grau de autoridade e autonomia muito limitado das RS.

Na sequência destes resultados, iniciou-se em 1993 no MINSAP a reflexão sobre a melhor maneira de gerir o próprio sistema nacional de saúde. Ao Departamento de Planeamento e Cooperação Internacional foi incumbida a tarefa de pilotar o processo de elaboração do PNDS orientado para o setor público da saúde. As finalidades incluíam:

- Garantir as disponibilidades financeiras para se cumprir a totalidade das obrigações relativamente à prestação de cuidados de saúde;
- Definir objetivos que não fossem quase exclusivamente destinados à resolução dos problemas mais urgentes;
- Melhorar a integração e coordenação na gestão dos serviços de saúde e a participação dos setores afins;
- Diminuir e/ou erradicar disparidades entre RS no acesso a recursos;
- Melhorar a motivação do pessoal.

As principais etapas deste processo foram:

I. Realização de um seminário para a elaboração do Manual de Planeamento. Neste seminário participaram os Animadores da Rede do PRGS, alguns membros das ERS e responsáveis de alguns Departamentos do MINSAP: o de Planeamento e Cooperação, da Saúde Pública, o dos Recursos Humanos, da Epidemiologia e dois técnicos superiores do Ministério do Plano e Cooperação Internacional. A metodologia do planeamento foi apresentada e discutida pelos participantes com um enquadrador da OMS-Genebra. Ao fim de cinco dias de trabalho, a equipa de redação constituída (Grupo de Consolidação) trabalhou sobre o Manual, editando uma versão preliminar que foi distribuída aos participantes para apreciação e comentários. Recebidas as contribuições, editou-se a versão final que se multiplicou em exemplares suficientes que foram depois distribuídos aos serviços centrais e regionais de saúde.

II. Criação no MINSAP, no Departamento de Planeamento e Cooperação, de uma equipa denominada Grupo de Consolidação do PNDS coordenado por um Coordenador que reportava ao Diretor-geral do Planeamento. O Grupo de Consolidação tinha por tarefa não só redigir o PNDS mas também dar orientações metodológicas às diferentes equipas envolvidas no processo de planeamento. Por exemplo, apoiaram as regiões no desenvolvimento dos seus Perfis Sanitários, Análise da Situação, Estabelecimento de Prioridades, Objetivos, Estratégias, Indicadores de Avaliação, Cronogramas de Atividades e Orçamento. Durante este período sentiu-se muitas vezes a necessidade de recrutar assistência técnica (AT) do exterior. Assim, realizaram-se missões de especialistas nos domínios de Economia da Saúde, do Sistema de Informação, de Informação, Educação e Comunicação (IEC), Recursos Humanos, Administração Hospitalar e dos Programas de Luta contra as Doenças Transmissíveis (Paludismo, Tuberculose, Oncocercose,

VIH/SIDA), Materno-Infantil e Engenharia Sanitária e Saneamento.

III. Depois de esboçados os Planos Regionais de Saúde, foi organizado e realizado um Primeiro Seminário. Nele tomaram parte as ERS, os representantes das organizações de cooperação, os responsáveis dos Hospitais e dos Programas Nacionais. Foi um Seminário Intersectorial durante o qual os participantes discutiram até ao pormenor o “O diagnóstico do Sector da Saúde”. Depois deste Seminário, os pontos de consenso foram utilizados para a elaboração do Tomo I do PNDS, contendo duas partes: a primeira sobre o “O Diagnóstico da Situação” e a segunda, sobre “O Resumo do Perfil Sanitário, Prioridades e Estratégias Fundamentais”.

IV. Outros seminários e reuniões foram intercalados e realizados para debates de áreas da saúde mais complexas. Assim, realizaram-se seminários sobre “O Sistema de Saúde no Sector Autónomo de Bissau (a capital), “O Desenvolvimento dos Recursos Humanos” e “A Coordenação da Ajuda Externa e Negociação”. Realizou-se também um seminário com a participação de todos os Diretores-gerais dos Ministérios das Finanças, da Função Pública e Trabalho, dos Negócios Estrangeiros, do Plano e Cooperação Internacional, da Educação Nacional, das Mulheres, do Desporto, do Turismo, da Cultura, das Águas, Indústria, da Agricultura, da Pesca, do Comércio, do Interior, da Justiça e da Informação. Depois, fez-se uma reunião com os representantes das Agências Internacionais e de Cooperação Bilateral e Multilateral: a OMS, o FNUAP, o UNICEF, o PAM (Programa Alimentar Mundial), o Banco Mundial, o PNUD, a Suécia, a França, Portugal, a China (Formosa), os Países Baixos e a Dinamarca.

V. Com as contribuições obtidas de todos os participantes implicados, elaborou-se o Tomo II do PNDS: O PNDS 1997-2001. Este Tomo continha: Objetivos, Estratégias e as Atividades Principais; Organização do Sistema Nacional de Saúde; Organização das Regiões e a dos Cuidados Diferenciados a Nível Central; Especificidades Regionais; O Apoio Operacional do Nível Central às Regiões; Desenvolvimento e Formação dos Recursos Humanos; IEC e Colaboração Intersectorial; a Gestão do PNDS a Nível Nacional; O Orçamento 1997-2001.

VI. O Grupo de Consolidação fez a revisão dos documentos, a sua validação intergovernamental num seminário para os Diretores-gerais dos outros Ministérios (realizada em Fevereiro de 1997), e a sua apresentação ao Ministro que inscreveu o seu debate num dos Conselhos de Ministros. Finalmente a versão foi preparada e distribuída a todos os intervenientes no Processo. A Consulta Sectorial foi organizada com a comunidade dadora de fundos para a apresentação e aprovação do Plano. Foi assim que o PNDS foi aprovado em 1997.

Caixa 6: Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)

No passado não existiram planejamento e gestão de recursos humanos (RH) da saúde por várias razões, entre elas:

- A prioridade dada aos RH limitava-se a aspetos de produção da força de trabalho através da sua formação;
- O desenvolvimento de uma verdadeira política de RH, os processos de planeamento e, mesmo, as decisões sobre medidas institucionais de gestão de RH, nunca foram objeto de grande atenção.
- O Departamento responsável pelos RH, o qual teve diversas designações e posições na orgânica do MINSAP ao longo dos anos, ocupava-se sobretudo das tarefas impostas pela administração corrente, não organizando os aspetos mais elementares da informação sobre os efetivos, como é o caso do arquivo dos documentos de contratação ou dos documentos elementares de identificação, em processos individuais.
- Ausência de definição do SS (funções dos diferentes níveis, do PMA e da carga de trabalho);
- Funções e autoridade da DRH pouco claras.

A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornou possível a obtenção de dados utilizados na elaboração de um 1º PNDRHS.

O PNDS previa um órgão consultivo para a área de planeamento, o Comité de Gestão, cuja finalidade seria preparar o parecer técnico sobre os planos operacionais e estratégicos das RS, dos serviços centrais e das instituições personalizadas, para além do parecer sobre os acordos de cooperação. A composição deste Comité ilustra bem a especificidade dos relacionamentos no sistema. Assim, os membros permanentes seriam os dois Diretores-gerais, o Diretor dos Cuidados Primários de Saúde, dos Serviços de Higiene e Epidemiologia, dos Recursos Humanos, da Administração e Finanças, da Planificação e da Coordenação da Ajuda Externa. Os não permanentes viriam das Direções Regionais, das outras Direções de Serviço ou dum dos Serviços conforme a agenda da respetiva sessão.

As informações foram obtidas do Serviço de Epidemiologia ou de estudos, inquéritos, sondagens e entrevistas.

Durante a elaboração do PNDS existiu um orçamento próprio destinado à contratação da AT em vários domínios, aquisição de recursos materiais e reforço da logística.

A abordagem foi-se assim diferenciando daquilo que acontecia nos anos 80, quando o Ministério do Plano, através dos Gabinetes de Estudos e Planeamento setoriais, solicitava o envio de informações e depois enviava o formato para a elaboração das necessidades do MINSAP, só depois incorporando o Sector Saúde no Plano Quadrienal de então. Organizava-se então uma consulta com os financiadores onde tomavam parte todos os setores. Decidia-se o futuro dos beneficiários sem que estes tivessem algo a dizer. A abordagem desenvolvida pelo MINSAP, embora não tenha abrangido suficientemente o leque da população, foi considerada uma abordagem *bottom-up*, participativa e abrangente.

Todo este processo demorou sete anos, três dos quais na elaboração do PNDS.

A este processo esteve acoplado o planeamento da força de trabalho da saúde da RGB (Caixa 6).

A implementação destes Planos foi cerceada pelo con-

flito político-militar de 1998 e pela instabilidade que desde então se instalou no País. No entanto, os dois tomos do PNDS I (e um documento síntese de divulgação) e o do PNDRHS I foram amplamente divulgados e mantiveram-se, até hoje, referências de trabalho para muitos dos dirigentes do sistema de saúde guineense.

PNDS II

Para a efetivação do processo de elaboração do segundo PNDS, o MINSAP contou com o apoio dos técnicos nacionais, com a participação ativa das Regiões, tendo também recorrido a AT e financeira dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente OMS, FNUAP, UNICEF, Fundação Calouste Gulbenkian, Banco Mundial e a Cooperação Francesa. A Cooperação Portuguesa através do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) prestou apoio técnico ao processo de avaliação do PNDS I, de revisão final do documento do PNDS II, assim como à redação do anexo referente ao segundo Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS e sua orçamentação.

Neste quadro, esteve no país de 12 a 19 de Janeiro de 2007, a primeira missão conjunta da OMS e UNICEF de apoio ao lançamento do processo de elaboração do PNDS II, cuja finalidade foi discutir, com as autoridades nacionais, o estabelecimento de um calendário de ações de curto prazo (8-9 meses) até à obtenção do documento final e sua apresentação formal numa Consulta Setorial com todos os parceiros de desenvolvimento. A missão tinha como objetivos proceder ao lançamento formal do processo a nível nacional; definir mecanismos de apoio às RS e Programas; estabelecer etapas e adotar um calendário integrado com todas as ações; e estimar as necessidades financeiras e em AT permanente e intermitente para o suporte de todo o processo.

Outras quatro missões de apoio técnico foram realizadas, tanto nas áreas de conceção e desenvolvimento do PNDS, como na área de orçamentação do referido plano.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, foi criado um Comitê de Pilotagem baseado na estrutura que pilotou todo o processo do primeiro DENARP. O Comitê de Pilotagem do PNDS II foi presidido pelo Ministro da Economia e Integração Regional, com o envolvimento ativo do Ministério das Finanças. Fizeram parte deste órgão todos os parceiros nacionais e internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento. Sendo o Comitê de Pilotagem uma estrutura de decisão política, foi criada uma Comissão Técnica Nacional de Coordenação, cuja composição e atribuições foram definidas por um despacho da Ministra da Saúde Pública. A Comissão Técnica foi presidida pelos dois Diretores-gerais do MINSAP e fizeram parte dela, além dos diretores nacionais dos serviços técnicos deste ministério, a Unidade de Coordenação do DENARP junto do Ministério da Economia e parceiros técnicos e financeiros (OMS, FNUAP e UNICEF). Como estruturas mais operacionais e de trabalhos técnicos foram criados quatro grupos temáticos com os respectivos termos de referência, cabendo a cada grupo a recolha de informação necessária para a análise da situação e, em seguida, a proposta de estratégias e objetivos para os anos vindouros. Os grupos temáticos definidos foram:

I. Grupo temático I: Prestação de Serviços e Emergências (Prestação de Serviços, Instalações, Equipamentos e Medicamentos, Promoção da Saúde (IEC), Saúde Ambiental e Emergências);

II. Grupo temático II: Administração Geral (Governança), Sistema de Informação Sanitária (SIS) incluindo pesquisa no sistema de saúde e Monitorização & Avaliação (M&A);

III. Grupo temático III: Financiamento da Saúde e Parcerias (Análise Macroeconómica, Social, Política; Parcerias);

IV. Grupo temático IV: Recursos Humanos (Políticas, Gestão, Formação e Sistema de Informação de pessoal).

Sendo um trabalho participativo, com produção de informação por parte de cada grupo, sentiu-se a necessidade de consolidação e harmonização de todos esses trabalhos de grupo. Foi assim que surgiu a necessidade de uma maior gestão prática de todo o processo de desenvolvimento do documento de PNDS II até ao seu produto final, o que levou a Comissão Técnica a propor a criação, no seu seio, de um pequeno grupo composto por três técnicos o qual passou a designar-se de “Grupo de Consolidação (GC) do PNDS II” tido, a partir desse momento, como uma estrutura operacional e permanente da comissão técnica. O GC passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Foi conseguida uma maior abertura à participação de

mais pessoas e organizações na sua conceção e realização como forma de promover uma maior responsabilização de todos os interessados/envolvidos.

Foi consensual que a Análise da Situação Sanitária, a definição dos Objetivos e as Opções Estratégicas se fizessem em conformidade com o DENARP I, enquanto documento orientador da estratégia de desenvolvimento nacional (ver caixa 4).

Todo o processo de elaboração do PNDS II teve em conta a mudança do contexto no financiamento da saúde (pós Programa de Ajustamento Estrutural), dos recursos disponíveis devido à redução da dívida pública e às expectativas e oportunidades oferecidas pelos grandes parceiros, bem como as modalidades de apoio estabelecidas no quadro de cooperação a diferentes níveis, incluindo o apoio direto ao Orçamento Geral do Estado.

O Governo assumiu a liderança de todo o processo, traduzido pela presença da Ministra da Saúde nas reuniões técnicas da Comissão de Coordenação e pela direção do Ministro da Economia das reuniões do Comitê de Pilotagem.

As principais etapas do trabalho foram: Análise da Situação, Determinação dos Objetivos, Prioridades e Estratégias, estimativa dos recursos necessários, adoção do Plano pelo Governo e pela Assembleia Nacional Popular e sua divulgação entre os parceiros e sociedade civil.

A validação do PNDS II foi feita em dois momentos: a validação da Análise da Situação, dos Objetivos e escolha das Estratégias pela comissão técnica com a participação de todas as RS e parceiros técnicos do MINSAP; e a validação do Documento Final pelo Comitê de Pilotagem.

O processo durou cerca de 1 ano. A este processo esteve associada a elaboração do segundo PNDRHS, que foi concebido como um anexo técnico do PNDS II.

Na sequência da crise política de dezembro de 2008, nunca foi formalmente adotado pelo Conselho de Ministros. Foram publicados cerca de 100 cópias em papel pela OMS para divulgação do documento, o qual se manteve maioritariamente desconhecido dos dirigentes do setor. Mesmo assim, com o apoio do Banco Mundial e do GAVI-RSS, desenvolveu-se, a partir de 2009, um processo de Planeamento Regional e de elaboração de uma nova PNS, processos que foram abortados pelo golpe de Estado de abril de 2012.

PNDS III

A elaboração do PNDS III está a decorrer em paralelo com a elaboração do presente artigo, num momento de crise política que envolve a falta de diálogo entre as forças políticas e entre os órgãos do Estado.

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP conta com

o apoio participativo dos técnicos nacionais, das RS, tendo também recorrido a AT – três AT, duas nacionais e uma internacional - e financeira dos organismos e agências internacionais parceiras, nomeadamente a UE, a OMS, a UNICEF e a OOAS.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do Ministro da Saúde, foram criados um Comité de Pilotagem e uma Comissão Técnica de Seguimento.

O Comité de Pilotagem inclui os Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional (MEPIR), Finanças (MinFin), Educação e Ensino Superior (MEES), Função Pública (MINFUP), das Mulheres, Recursos Naturais e Transportes e Comunicação e Agricultura. Fazem parte deste órgão, parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento.

As 3 AT constituem um Grupo de Consolidação que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Este grupo estabeleceu o calendário a seguir; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do Comité de Pilotagem; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do Sistema de Saúde, inclusive os Diretores Regionais de Saúde, os dirigentes dos MEPIR, MINFUP, MEES e MINFIN, os principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG, sindicatos, associações e ordens e com as duas maiores forças políticas com assento parlamentar.

O processo teve início em março de 2017 e está previsto terminar em julho do mesmo ano.

Discussão e conclusões

O planeamento estratégico na RGB emergiu com a liberalização do regime político na década de 1980, o qual gerou as oportunidades que permitiram reformas na governação, como reconhecido na literatura (Reich, 1995) criando um espaço para um processo de planeamento *bottom-up* (Silva, 1999).

Foi então reconhecida a incapacidade de conduzir um processo pelo pessoal existente nas estruturas de saúde, pelo que se investiu num prolongado período de capacitação das equipas nacionais e regionais, com apoio de diversas AT, durante três anos. Este foi alinhado com os preceitos das escolas que consideram o planeamento estratégico um procedimento de aprendizagem agregando diversos outros processos de planeamento (Mintzberg et al, 1998; Quayle, 2015). Esta dimensão do planeamento estratégico tem sido bastante notória desde

a elaboração do PNDS I a todos os níveis, nacional e regional, em que o planeamento formal, liderado pelo MINSAP, incorpora e alimenta outros ciclos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem à teia de documentos (políticas, planos, programas, projetos) descritos na figura 2.

Se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se ainda relevante referir que documentos de política nacional de saúde, nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores (Republique de Guinée-Bissau, 2012). Exemplo desse compromisso com objetivos regionais e globais (os ODM) são a CARMMA - *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa*; o POPEN - *Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale des interventions a haut impact (IHI) - Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-junvenile en Guinée-Bissau*; o Plano Estratégico de Luta Contra a Malária; o Plano Estratégico contra o VIH/SIDA; o Plano Estratégico de prevenção/resposta contra a cólera 2009-2013; o Plano Diretor de água e saneamento (atualizado 2010-2020) da RGB e o Quadro Estratégico e Plano de Investimentos para alcançar os ODM de saúde, entre outros. Para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais, dos quais se salientam a UE, o Banco Mundial, diversas delegações das Nações Unidas como OMS, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, UN Women, bem como países em cooperação bilateral dos quais se salientam Portugal, Espanha e França por exemplo.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida pela Célula de Gestão do PNDS, o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na Célula de Gestão, e também ao facto de o planeamento estratégico ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

Como elaborado por Mintzberg (1994), e ilustrado pela experiência do PES na RGB, o planeamento estratégico contribui também para:

- Mobilizar diversos quadrantes da sociedade em torno das agendas de saúde;
- Ganhos em conhecimento sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes;
- Clarificação das áreas prioritárias orientadoras da futura concentração/mobilização de recursos; e

- Obtenção de consensos e legitimação da visão estratégica proposta.

Originariamente desenquadrado de uma estratégia de desenvolvimento nacional, as edições mais recentes do PNDS (II e III) procuram orientação nos DENARP e/ou Terra Ranka, os quais definem as prioridades para o desenvolvimento nacional com um forte ênfase no combate à pobreza e nos setores sociais, incluindo a saúde. Esta tendência está enraizada na Declaração de Alma Ata, onde se afirma que “O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (<http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declar%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>).

Bibliografia

1. Bowen GA (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9 (2): 27 – 40.
2. Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro.
3. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, Ferrinho P (2007). Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. AGO, Lisboa.
4. Lopes da Cruz JMMA (2007). O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: Uma avaliação política e ética. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico em África: Análise e Gestão. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
5. Mintzberg H (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York, Free Press.
6. Mintzberg, H, Ahlstrand, B, Lampel, J (1998). *Strategy Safari—A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*. A TCI Book Review. http://www.consulttci.com/book_reviews/safari.htmlMintzberg .
7. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. (2009) *Strategy Safari: The Complete Guide Through the Wilds of Strategic Management*. FT Prentice Hall.
8. Monteiro IM (1996). O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau: análise dos efeitos sócio-económicos. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, Bissau.
9. Oliveira D (2015). *Planeamento Estratégico - Conceitos, Metodologia, Práticas - 33ª Ed.* Available from: <http://www.saraiva.com.br/planeamento-estrategico-conceitos-metodologia-praticas-33-ed-2015-8990660.html>
10. Quaye I, Osei A, Sarbah A, Abrokwah E (2015). The Applicability of the Learning School Model of Strategy Formulation (Strategy Formulation as an Emergent Process). *Open Journal of Business and Management*; 3: 135-154.
11. Reich MR (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*; 32: 47-77.
12. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1993). *Política Nacional da Saúde*. Bissau.

Conflitos de interesse

APS foi dirigente do MINSAP durante a elaboração dos PNDS I e II. TC foi dirigente do MINSAP durante a elaboração do PNDS II e fez parte da equipa da OOAS que avaliou o PNDS II. PF participou como consultor na avaliação do PNDS I, na revisão do texto do PNDS II antes da sua aprovação, na avaliação do PNDS II e na elaboração do PNDS III.

Agradecimentos

Ana Rocha pela elaboração das figuras.
O GHTM é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - UID/Multi/04413/2013.

13. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1997). *Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 1997-2002*. Bissau, Maio.
14. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral do Plano e Cooperação. (2003). *Plano de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Visão do plano 1998-2002 – revista e projectada para 2003-2007*. Bissau, Janeiro.
15. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral de Planeamento e Coordenação de Ajudas, Direcção de Planeamento e Estatística (2005). *Plano de Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde*. Bissau, Outubro.
16. República da Guiné-Bissau, Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2011). *Segundo Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP II*. Available from: http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf.
17. República da Guiné-Bissau, Ministério Da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases*. Relatório de Agosto de 2015.
18. République de Guinée-Bissau (2006). *Document de Strategie Nationale de Redution de la Pauvrete (DENARP), Version Actualisée en Septembre*.
19. République de Guinée-Bissau (2012). *Plan Operationel de Passage à l'Echelle Nationale (POPEN) des Interventions à Haut Impact (IHI). Stratégies Pour l'Accelération de la Reduction des Mortalités Maternelles, Neonatales et Infanto-Juvenile en Guinée-Bissau*. Révisé en février 2012 par le Ministère de la Santé avec l'appui technique des partenaires.
20. Sangreman C, Sousa Jr, F, Zeverino G, Barros M (2006). *A evolução política recente na Guiné-Bissau: -As eleições presidenciais de 2005 -Os conflitos -O desenvolvimento - A sociedade civil*. Coleção Documentos de Trabalho n° 70. CESA, Lisboa, 2006.
21. Silva, Augusto Paulo (1999). *Planeamento Estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, Lisboa.
22. World Health Organization. «Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva; 1981.
23. World Health Organization. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen; 1998.