



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
SUBÁREA: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**POLITICA DE RECURSOS HUMANOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
EM GUINE-BISSAU: UMA PROPOSTA DE SUSTENTABILIDADE PARA O
SISTEMA SAUDE**

ALUNO: MAMADU DJICÓ

ORIENTADORA: Dr.^a MARIA HELENA MACHADO

Rio de Janeiro, fevereiro 2005

SUMÁRIO	Págs.
DEDICATÓRIA -----	3
AGRADECIMENTOS -----	4
EPÍGRAFE -----	6
RESUMO/ABSTRACT -----	7
CAPÍTULO I – NOTAS INTRODUTÓRIAS -----	9
CAPÍTULO II - NOTAS METODOLÓGICAS -----	14
CAPÍTULO III – CONTEXTO DO ESTUDO -----	23
CAPÍTULO IV – O SISTEMA DE SAÚDE GUINEENSE E A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS -----	35
CAPITULO V - RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DE GUINÉ-BISSAU -	55
CAPITULO VI – POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS NA GUINÉ-BISSAU: Uma proposta de sustentabilidade -----	68
CAPÍTULO VII - RECOMENDAÇÕES FINAIS -----	107
BIBLIOGRAFIA -----	113
LISTA DAS TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS -----	117
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS -----	119
ANEXOS -----	122

DEDICATÓRIA

Em homenagem ao meu querido e saudoso finado pai Mouhammed Lamin Ould Ahmed pelo carinho, abnegação, sábia educação familiar e sentido paternal que sempre nos dispensou ao longo do tempo que esteve em vida.

À minha querida mãezinha Suncar Baldé, que soube sofrer, agüentar os martírios e convulsões que, em determinados momentos, no percurso da formação da nossa família, a que me orgulho pertencer, para dedicar toda a energia direcionada à educação para a nossa formação como homens e mulheres que hoje somos.

À minha tia Maria de Fátima Gomes Djaló, que me serviu de babá e conseqüentemente, influenciou na minha sobrevivência e formação como homem e técnico que hoje somos.

À minha abnegada esposa Martiana Gomes Dias Djicó, que tem me acompanhado com carinho e sentido de sacrifício nestes últimos anos, tanto nos maus como nos bons momentos da turbulenta vida que temos compartilhado.

Aos meus irmãos, filhos, amigos e parentes, lhes dedicam este importante trabalho que vai mudar o curso da minha vida e dos profissionais da saúde da Guiné-Bissau. Ao martirizado e glorioso País - Guiné-Bissau e ao combativo povo Guineense, que sempre demonstrou maturidade, espírito de sacrifício, tolerância e nacionalismo.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para a minha formação intelectual.

AGRADECIMENTOS

A consumação deste trabalho aconteceu graças ao bom senso do nosso Ministro da Saúde e amigo Dr. Antônio Serifo Emabló, que soube ponderar e sacrificar a direção em benefício da minha formação, o qual agradeço.

Os meus agradecimentos de fundo do coração vão dirigidos à Sra. Enf.^a Prof.^a Maria Augusta Rosa Dias Fernandes Biai, HRH/OMS/GUB, que sempre soube empenhar-se na formação dos técnicos do Ministério da Saúde, que foi, em outras circunstâncias, formadora.

Os meus agradecimentos vão extensivamente ao Sr. Dr. Antônio Pedro Delgado, Representante da OMS em Guiné Bissau e todos os seus funcionários, bem como da OMS/AFRO, que se empenharam para a realização deste meu intento.

Aos meus queridos amigos e colegas do grupo de planejamento, Anderson, Ândrea, Bruno, Deison, Felícia, Maria Angélica, Maria, Luisa, Mônica, Pedro e Sandra, pela força e coragem que sempre me deram.

Ao Dr. José Roberto Ferreira, ao Prof. José Inácio Jardim Motta, ao Dr. Luis Eduardo Fonseca, ao Dr. Edinelson e a todos os funcionários da Assessoria Internacional da Presidência da FIOCRUZ, um nosso particular agradecimento.

Um agradecimento muito especial à Dr.^a Maria Helena Machado, não só por ter aceitado ser minha orientadora como também pela sua participação na realização da minha Especialização em Gestão de Recursos Humanos nesta Escola e, em particular, por ter sido a promotora da idéia de vir à ENSP fazer o Mestrado.

Aos Professores Paulo Amarante, Miguel Murrat, Nair Teles, Elizabeth Artman, Ana Luiza Stiebler, Eliane Oliveira, Antenor Amâncio Filho, ao NERHUS e ao pessoal da Secretaria do DAPS, o meu muito obrigado pelo grande apoio que me dispensaram.

À coordenação da Pós-Graduação na pessoa do Prof. Adauto e toda a sua equipe, bem como aos funcionários da Secretaria Acadêmica da ENSP.

À Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, ao Governo Brasileiro e, ao maravilhoso povo brasileiro e carioca, meus agradecimentos, de todo o coração.

À todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram na configuração e realização deste trabalho.

Um muito obrigado a todos e, aos anônimos que deram sua ajuda para este trabalho se tornasse uma realidade.

EPÍGRAFE

“Se queres colher em três anos, planta trigo;
se queres colher em dez anos, planta uma árvore;
mas, se queres colher para sempre, desenvolve o homem.”

Provérbio Chinês

“Um problema só surge quando
estão presentes todas as condições
para solucioná-lo.”

Karl Max

RESUMO

O trabalho que ora apresentamos constitui uma tentativa de proposta de uma Política de Administração e Gestão de Recursos Humanos consistente e factível que, se implementado com alguns acertos e adaptações num horizonte não muito longínquo, proporcionará uma mudança quantitativa e qualitativa na concepção do Desenvolvimento harmonioso e sustentável dos Recursos Humanos no Sistema da Administração Pública em geral e do Sistema Sanitário Guineense, em particular.

Este trabalho visa discutir o panorama atual da situação dos recursos humanos na Guiné-Bissau, particularmente do setor saúde, com vistas a propor uma política consciente, consistente e realista em matéria de recursos humanos, que se pode considerar como o principal nó estrangulador de todo o processo de desenvolvimento profissional e institucional para o sistema sanitário guineense, que desde a alvorada da sua independência tem conhecido revezes constantes e sistemáticos motivados, entre tantas carências, com ausência deste principal e fundamental instrumento de pilotagem e gestão.

Nos diferentes capítulos, de uma forma seqüencial, buscamos, de uma forma objetiva, demonstrar nas diferentes fases os principais fatores articuladores que influenciaram e persistem na influencia do sistema, tanto a questão da descentralização assim como da desconcentração, os quais reclamam uma intervenção consensual, gradativa e convicta de forma a os solucionar com intervenções a curto, médio e longos prazos.

Palavras Chaves: Políticas Públicas, Recursos Humanos, Políticas de Recursos Humanos, Gestão e Administração, Descentralização e Desconcentração.

ABSTRACT

Here is the proposal attempt that we are presenting for the Administration and Management Policies of Human Resources. This proposal consistent of a feasible implementation, and some rightness and adaptations in an horizon not very distant, that in general will provide a quantitative and qualitative change in the conception of development to the harmonious and sustainable of the Human Resources in the Guineans Public Administration and Sanitary Systems in particular.

This work aims discussion of the current situation of Guinea-Bissau human resources, particularly in the health sector. The objective is to request a realistic and consistent policy regarding the human resources, with we consider the main process for the professional development and institutional to the Guineans sanitary system. Since our independence the sanitary system lack of constant motivation and also a noticeable absence of the main basic instrument of the direction and management.

We are looking for in a different chapter, sequential and objective forms to demonstrate different phases to the main articulator factors that have persisted influence on the system. Decentralization would be a method to complain for consensual intervention that gradually will solve these issues in a short, medium and long run.

Key Words: Public Policies, Human Resources, Human Resources Policies, Administration and Management and, Decentralization.

CAPÍTULO I

NOTAS INTRODUTÓRIAS

Desde a proclamação unilateral da independência da Guiné-Bissau em 1973, até o presente momento, o país não foi dotado de uma política estruturada que ampare a administração pública, quanto mais o desenvolvimento coerente e harmonioso dos recursos humanos no setor público em geral, e na saúde em particular. Durante todo este período a falta de definição de uma política adequada para a área de recursos humanos dificultou muito o desenvolvimento de ações concretas dirigidas para os funcionários e profissionais do sistema público bem como uma efetiva participação no processo de desenvolvimento sustentável do País.

Este trabalho foi concebido com o intuito não só de ser uma reflexão sobre a realidade do nosso país, como também uma aprendizagem do que resultou da nossa formação acadêmica através de valiosos instrumentos recebidos na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, mas também para preencher uma lacuna, digo, um certo vazio, que existe no nosso país.

No sistema administrativo e, essencialmente no Sistema de Saúde, existe uma profunda assimetria, entre aquilo que professamos e o que existe e se faz na prática cotidiana, em termos de formulação de políticas públicas, que visam propiciar e proporcionar um desenvolvimento consistente, onde se aspira a valorização do articulador principal deste processo, que são os Recursos Humanos.

A partir da análise de uma situação concreta animada pela assimilação crítica de diversas realidades e situações históricas sobre o desenvolvimento social, econômico, administrativo e cultural, enfim, sobre o processo de formação nacional e as relações internacionais que são indispensáveis para o crescimento do homem como promotor e impulsionador do processo de desenvolvimento, nos catalisa e capitaliza a protagonizar ações que visem mudanças na forma e filosofia que se adequam a cada processo.

Vale ressaltar que o projeto de construção do novo Estado Guineense e seu processo de reestruturação foram arquitetados e começaram a serem forjados nos primórdios da Luta Armada de Libertação Nacional contra o jugo colonial Português, e, na primeira metade da década de sessenta, especialmente a partir de setembro de 1973, se constitui como um País Livre com a proclamação unilateral de um Estado em guerra contra a ocupação colonial e consolidado com o reconhecimento formal em 1974 pelo Governo Português, após a Revolução dos Cravos.

Na verdade, tanto os trabalhadores que serviram à administração colonial, que aderiram ao processo revolucionário, como os técnicos formados durante o período de luta e outros que serviram inteiramente o sistema colonial são os responsáveis pela transição no qual o Estado é o principal empregador, especialmente nos primeiros momentos da pós-independência. O momento histórico que vive Guiné-Bissau necessita de transformações e conseqüentes mudanças realistas sem pôr em causa alguns ganhos e outras situações que possam trazer constrangimentos de índole social.

O estudo que ora apresentamos, serviu além de cumprir com as exigências acadêmicas para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, será tanto importante como necessário, para a escolha de alternativas, proposições e metas que, a curto, médio e longo prazo o nosso Estado e a Administração Pública possam enveredar para a condução dos seus efetivos, segundo as transformações demandadas e requeridas para o desenvolvimento e avanços que a sociedade guineense reclama no seu dia a dia.

Assim, preocupamo-nos, a partir deste nosso trabalho ,traçar algumas directirzes que nos permita seguir os passos que muitos outros países escolheram, para formular políticas consistentes, coerentes e sustentáveis, segundo as condições socioeconômicas, sem esquecer que os Recursos Humanos constituem o principal componente de articulação e sustentabilidade de qualquer processo de desenvolvimento.

A definição da política de recursos humanos para a saúde pelo governo da Guiné-Bissau, permitirá entre outras, as seguintes emanções: primeiro, estabelecer as

necessidades e aspirações prioritárias dos profissionais do setor; segundo, formular estratégias coerentes e sustentáveis de como abordar os problemas e os nós críticos e relevantes que estrangulam o desenvolvimento harmonioso das instituições e a evolução dos profissionais que nela laboram; terceiro, incentivar a planificação estratégica e prospectiva de ações que favoreçam os profissionais, em prol do desenvolvimento institucional e do país como um todo; quarto, definir com a clarividência necessária, forma exequível e co-participativa de desenvolvimento, tanto para o Sistema Saúde como para as instituições que o constituem e os profissionais que as fazem funcionar.

Ao longo dos anos, temos nos orientado e pautado a nossa filosofia de vida na interpretação das concepções políticas e ideológicas a partir das idéias de Amílcar Cabral, que, para nós, continua sendo uma figura emblemática, cujo semblante a Guiné-Bissau ainda continua ligado, pelo alto valor que o seu pensamento e pelo seu legado que inspirou e continua inspirando a estruturação da nossa martirizada pátria no seu todo. Esses princípios políticos e ideológicos continuam sendo a fonte de reflexão e inspiração, pelo seu alto e rico valor teórico contemporâneo, que no nosso entendimento merece estudos sistemáticos e mais aprofundados, pois com ele podemos saltar muitas barreiras que têm estrangulado o processo de desenvolvimento do país que tem sido caracterizado por vários revezes neste curto percurso como nação forjada e constituída a partir de uma guerra sangrenta que ceifou várias vidas, muitas na flor de sua juventude.

Por tais legados e outros, após ter finalizado graduação em sociologia em Cuba em 1992, regressei ao meu país, onde ingressei na função pública, inicialmente no Ministério da Promoção Feminina e Assuntos Sociais em Fevereiro de 1993 e posteriormente no Ministério da Saúde - MINSA, no ano de 1993. Desde o início na função pública, sempre trabalhei na Gestão de Recursos Humanos, digo, comecei como chefe departamento de formação, tanto no primeiro ministério assim como no MINSA.

Ao longo da minha ainda curta carreira (11 anos) no MINSA, tenho desempenhado várias funções de gestão e chefia e, na área específica de recursos humanos e planejamento, pelo que, fiquei cada vez mais ligado a esta especificidade e,

quanto mais me lido com ela, mais envolvido me sinto e mais assumido me sinto. A partir das funções que vinha exercendo, começou a despertar em mim o interesse pela Gestão de Recursos Humanos. Foi nesta perspectiva que, conhecendo as potencialidades da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz em formar especialistas em recursos humanos em saúde e, com apoio financeiro da OMS/AFRO consegui uma vaga no IV Curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos em Saúde realizado entre agosto a dezembro de 2000. Participando do curso de especialização, empolguei-me e, incentivado pelos professores resolvi candidatar-me ao Programa de Mestrado em Saúde Pública, tomando como tema de dissertação o Planejamento e a Gestão de Recursos Humanos. Este trabalho que ora apresentamos vem coroar tanto empenho, zelo e afincos que tenho dispensado e dedicado a esta área nevrálgica de qualquer sistema produtivo e institucional, pelo fato de que lida com seres humanos que o fazem funcionar, sendo eles as razões de um desenvolvimento sustentado e sustentável.

Nosso trabalho está organizado em sete Capítulos, a saber:

No **Capítulo I – Notas Introdutórias**, tratamos de dar um panorama geral do estudo, fazendo uma caracterização de como tem sido tratado a questão dos Recursos Humanos na República da Guiné-Bissau, bem como o que pretendemos com tal estudo.

No **Capítulo II – Notas metodológicas**, demonstramos os caminhos e técnicas que adotamos e que serviram de balizamento para o estudo.

No **Capítulo III - O Contexto do Estudo**, abordamos um pouco da história da Guiné-Bissau, seus aspectos políticos, sócio-econômicos, bem como a saúde em especial. Traçamos também as características gerais de um país em construção.

No **Capítulo IV – O Sistema de Saúde Guineense e a Política de Recursos Humanos**, buscamos definir o sistema sanitário e as políticas de recursos humanos, bem como caracterizar o entendimento que detemos sobre as políticas administrativas e de recursos humanos ou seja, como evoluiu no tempo a gestão de recursos humanos e seus

condicionantes mostrando toda a necessidade de uma política de sustentabilidade para a realização com êxito desta nossa pretensão.

No **Capítulo V - Recursos Humanos no Contexto de Guiné-Bissau**, a partir da pesquisa empírica por nós realizada, traçamos o diagnóstico atual de Recursos Humanos no país, bem como o perfil dos recursos humanos de saúde hoje existentes no Sistema Nacional de Saúde Guineense.

No **Capítulo VI – As Políticas de Recursos Humanos na Guiné-Bissau**, baseados também na pesquisa empírica e na análise dos dados existentes, buscamos desenhar uma proposta de sustentabilidade para as políticas de recursos humanos do sistema de saúde guineense. Neste Capítulo pretendemos ainda subsidiar informações de caráter atual e de todo um arcabouço normativo, legal e institucional que podem servir de instrumentos que podem e devem ser tratados para a conformação de uma verdadeira política de recursos humanos, não só para o setor saúde, senão também para todo o sistema administrativo guineense, tanto público como privado.

Por fim, no **Capítulo VII**, apresentamos nossas recomendações finais com vistas à realidade de nosso país. Em outras palavras, depois de tudo vamos aqui ajustar as idéias trazidas de diferentes horizontes a fim de propormos um modelo realista possível e que mais se ajuste na idealização, na eficiência e na efetividade necessárias e desejadas para a Administração dos Recursos Humanos na função pública da Guiné-Bissau.

CAPÍTULO II

NOTAS METODOLÓGICAS

O presente estudo, visou analisar a situação em que se encontra os Recursos Humanos em Saúde da Guiné-Bissau, com vistas a elaborar uma proposta de Política de Recursos Humanos com sustentabilidade empírica que possa servir de guia harmônico para o Sistema de Saúde Pública Guineense, a partir de uma crítica da situação imperante. Como objetivos específicos, propusemos: a) analisar como a Política Nacional de Administração tem repercutido no desempenho da administração pública guineense; b) conhecer as Políticas de Recursos Humanos do Sistema de Saúde do Brasil, na perspectiva de buscar subsídios para a formulação de uma Política de Recursos Humanos possível e passível para a Guiné-Bissau; c) propor uma Política de Recursos Humanos para o Sistema Sanitário da Guiné-Bissau.

O trabalho constituiu-se de um levantamento histórico, teórico, empírico e descritivo, com uma abordagem e uma análise qualitativa e quantitativa, utilizando revisão bibliográfica, dados empíricos e entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos Executivos, Gestores de Recursos Humanos e profissionais tanto da administração do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau como de profissionais que atuam diretamente no sistema de prestação de cuidados de saúde, dirigentes das Associações Profissionais e políticos.

O estudo empírico foi realizado na República da Guiné-Bissau no ano de 2003 onde colhemos informações e analisamos documentos de Recursos Humanos utilizados na gestão destas, que nos serviu de espelho para o redimensionamento do nosso trabalho. Buscou-se conhecer e colher informações histórico-administrativas, que nos serviu fundamentalmente para fazer um paralelismo dos instrumentos usados modernamente na formulação proveitosa de Políticas de Recursos Humanos.

Como pré-condição para a realização deste trabalho final de curso, preparamos um questionário (em anexo) que aplicamos na Guiné-Bissau focalizando basicamente os profissionais atuantes no setor de saúde, procurando abranger as categorias mais

representativas do sistema de saúde, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico complementares e terapêuticos. O questionário de auto-preenchimento, que utilizamos nos serviu de um instrumento valioso na coleta de informações tanto daqueles profissionais de saúde do país (principal foco do nosso trabalho) como também daqueles que exercem cargos públicos envolvidos direta ou indiretamente com a área de Recursos Humanos. Buscamos através das entrevistas com os dirigentes das Associações e políticos, informações que nos foram muito úteis no entendimento da questão aqui consubstanciada.

As Tabelas 1 e 2 que a seguir apresentamos, ilustram de forma sintética o Perfil dos profissionais que acederam à nossa solicitação e tornaram possível a realização da pesquisa de campo que realizamos em toda a extensão do território nacional da Guiné-Bissau, abrangendo dez regiões sanitárias das onze existentes e as principais instituições prestadoras de cuidados e pesquisas e os órgãos executivos do Ministério da Saúde. Esta configuração foi para nos facilitar na análise, tendo em consideração a numerosa estratificação das nossas categorias profissionais, ou seja, constituímos grandes grupos por afinidade ou por tarefas que realizam e/ou por nível acadêmico e responsabilidade no setor produtivo dentro do sistema.

TABELA 1
UNIVERSO PESQUISADO
GUINÉ-BISSAU – 2004

Categorias Profissionais	Local de atuação						Total	
	Central		HN/CR		Regional		V.Abs	(%)
	V.Abs	(%)	V.Abs	(%)	V.Abs	(%)	V.Abs	(%)
Técnicos de Saúde	21	42,86	24	66,67	46	71,88	91	61,07
Executivos, Gestores e Políticos	28	57,14	12	33,33	18	28,33	58	38,93
Total	49	100,00	36	100,00	64	100,00	149	100,00

FONTE: Pesquisa empírica, julho de 2004

TABELA 2
QUADRO GERAL DOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA
GUINÉ-BISSAU – 2004

Nível Formação	Profissão	Instância de Atuação/Instituição/Órgão			TOTAL	
		Central	Hospital/ Centro Ref.	Região Sanitária	V.Abs.	%
Superior	Médico	20	17	22	59	39,60
	Farmacêutico	8	0	1	9	6,04
	Estomatologista (Dentista)	0	2	2	4	2,68
	Enfermeiro	9	0	10	19	12,75
	Epidemiologista	3	0	0	3	2,01
	Outros	9	1	0	10	6,71
	Total	49	20	35	104	69,80
Médio	Enfermeiro	3	2	12	17	11,41
	Técnico Diagnóstico Terapêutica	0	7	2	9	6,04
	Parteira	0	0	4	4	2,68
	Outros	4	1	3	8	5,37
	Total	7	10	21	38	25,50
Auxiliar	Auxiliar Enfermagem	0	0	5	5	3,36
	Auxiliar Laboratório	0	1	1	2	1,34
	Total	0	1	6	7	4,70
Total Geral		56	31	62	149	100,00

FONTE: Pesquisa empírica Julho de 2004

Dado o escasso tempo de que nos dispusemos, conjugado com o mosaico profissional que é constituído o Sistema Sanitário Guineense, entrevistamos 149 (cento quarenta e nove) profissionais, sendo 59 (cinquenta e nove) médicos, entre os profissionais que atuam na área assistencial, que exercem também funções de direção nas unidades de prestação de cuidados, centros de pesquisa e de ensino, nos programas nacionais e na direção central do Ministério da Saúde.

A nossa atenção foi dirigida também para os profissionais de enfermagem que trabalham nos mesmos setores dos já citados dos médicos, sendo que 41 (quarenta e um) profissionais, incluindo enfermeiros superiores, médios e auxiliares, considerando o quantitativo destes no sistema e a qualidade das informações que possam fornecer. Como complemento ao leque de atores fundamentais na postulação da nossa proposta, também incluímos os profissionais que laboram exclusivamente no setor administrativo.

Pelo fato de termos construído para o trabalho de campo dois questionários distintos em alguns momentos tivemos repetições de respondentes dado ao caráter multifuncional do mesmo profissional dentro do sistema guineense. Por exemplo, um mesmo médico poderia responder duas vezes por exercer diferentes funções, ou seja, médico cirurgião e diretor ou até mesmo ser um dirigente sindical. Apesar de contarmos com o apoio e cooperação dos respondentes, tivemos alguns casos de recusas o que não impediu e não comprometeu, de maneira alguma, a qualidade e a representatividade do universo pesquisado com vistas aos objetivos do nosso trabalho.

No entanto, no trabalho de campo, algumas dificuldades nos foram apresentadas. A primeira e principal foi a indicação dos profissionais que iriam ser partícipes da nossa pesquisa, como já mencionamos alguns recusaram-se a participar. A segunda dificuldade foi o fato de ser uma pesquisa de âmbito nacional, que, sozinho não poderia percorrer todo o território por problemas de acessibilidade e disponibilidade de tempo, no sentido de dirigir e aplicar o questionário. Para o efeito, me desloquei às regiões de mais difícil acesso e, às demais regiões, tal como nos hospitais e centros de referência nacionais e regionais tivemos que designar pontos focais - administradores, diretores-adjuntos e enfermeiros-chefes, que nos apoiaram no trabalho. Para tal, foi necessário um breve treinamento e, em caso de dúvidas, nos contataram por telefone ou mesmo pessoalmente na busca de solucionar os casos mais complicados.

Outra ordem de dificuldades, até certa medida não prevista, foi com os profissionais de nível médio e superior que atuam na área assistencial e até mesmo aqueles que atuam na burocracia, que tiveram certos percalços no entendimento de alguns vocábulos, uma vez que a falta de conhecimento e formação mais especializada dificultava entender na verdade a própria pergunta, como por exemplo, a pergunta que formulamos sobre o domínio da ARH/ARF - Administração de Recursos Humanos/Administração de Recursos Financeiros.

Para uma opinião o mais universal e consensual possível sobre os componentes que devem ser tratados na política que auguramos, por questões muitas vezes derivadas por

ignorância e outras por ingenuidade dos profissionais sobre a matéria, não nos permitiram de uma maneira tão bem sucedida como gostaríamos, mas de uma forma amplamente representativa, abrangendo todas as categorias profissionais, instituições, órgãos e regiões sanitárias que compõem o nosso sistema de saúde.

Temos a lastimar a impossibilidade de poder contar com as valiosas contribuições da Ministra da Saúde, do Diretor da Escola Nacional de Saúde, da Direção Regional Sanitária de Oio, do Secretariado da União Nacional dos Trabalhadores da Guiné-Bissau – UNTG, e do Ministério da Função Pública, uns por indisponibilidades pela ocupação e outros por falta de sensibilidade e desconhecimento da importância do trabalho.

Por outro lado, esta falta de disponibilidade para colaborar nos mostra a total desmotivação em tomar parte nas pesquisas, porque ignoram os benefícios posteriores, digo, em termos de benefícios para a sua vida profissional e social.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

TÉCNICOS DE SAÚDE

O questionário que o Senhor (a) responderá é de inteira responsabilidade do seu autor, pelo que não pode ser passado a uma terceira pessoa sem um comum ou prévio consentimento de ambos.

Este questionário foi elaborado para servir de base a estudo que sustentará uma tese de Mestrado em Saúde Pública com o seguinte tema: **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM GUINÉ-BISSAU: UMA PROPOSTA DE SUSTENTABILIDADE AO SISTEMA SAÚDE.**

Dados Pessoais

- 1.- Nome:
2.- Sexo: M (); F (); 3.- Idade:; 4.- Escolaridade:; 5.- Graduação:
6.- Pós-graduação/...../.....
6.1.- País de Estudo:/...../.....

Dados Profissionais

- 1.- Instituição:; 1. 2.- Órgão:; 2.-Data de Ingresso:/...../.....
3.- Forma de Ingresso:; 4.- Categoria:; 5.- Função/Cargo:
6.- Termo de Referência (O que faz):
7.- Tempo na Função:; 8.- Outras Funções Exercidas Anteriormente:/...../.....
9.- Outras Instituições em que já trabalhou:/.....
10.- Qual o grau de conhecimento das suas funções? (Se tem algum material que o orienta no que fazer do cotidiano)
11.- Tem usufruído de alguma formação complementar? Sim (); Não ()
11.1.- Em caso positivo, mencionar (Seminários, Especialização, entre outros)/.....
11.2.- Em caso negativo, quais são as suas pretensões (Se pretende requalificação, treinamento ou outros)
12.-Considera-se bem enquadrado? Sim (); Não ().
12.1.- Comentários. (Se faz o que gosta, se cumpre seu papel, o que gostaria fazer para servir melhor, se é bem remunerado, se é valorizado)
13.-Qual é o seu grau de satisfação social? (Sente-se bem remunerado e utilizado, se é reconhecido, se tem recebido menções, se é recompensado no desempenho como cidadão e funcionário público)
14.- Quais são as suas motivações como funcionário público? (Sente-se realizado e respeitado; qual a expectativa como funcionário público e técnico)
15.- O que entende das Carreiras Profissionais? (Sabe da sua existência e o que significa para um funcionário)
16.-Sabe o que é Avaliação de Desempenho? (Se sabe de sua existência e o que significa para um funcionário e sua aplicabilidade para a administração pública Guineense)
17.- Quando acha que o profissional deve definir a carreira a seguir?
Antes de iniciar o estágio probatório (); Depois de terminar o estágio probatório ().
18.- Qual a importância que atribui ao estágio probatório?

- 19.- Quais seriam as condições mínimas de trabalho que propõe para o desempenho efetivo e eficiente dos profissionais em serviço?
- 20.-Na sua opinião, existe necessidade premente e condições ideológicas para a formulação de uma Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde Guineense? Sim (); Não ().
- 21.- Na sua opinião, que viabilidade teria essa formulação?
- 22.-Que sugestões teria?
- 23.-Que elementos de análise introduziria no projeto construção desta Política de Recursos Humanos?
- 24.-Que vantagens ou desvantagens a implantação da Iniciativa de Bamako traz para o desempenho dos Recursos Humanos no setor saúde?
- 25.- Que garantias laborais propõe para que haja um bom desempenho dos profissionais alocados no Setor Saúde em todos os níveis?
- 26.- O que propõe para que o profissional mude sua visão ética no atendimento ao usuário?
- 27.-Na sua apreciação, qual a contribuição que a Medicina Tradicional vem prestando ao Sistema Saúde Guineense?
- 28.- Qual o papel que vem desempenhando a prática da Medicina Privada na melhoria da prestação de cuidados aos cidadãos urbanos e rurais?
- 29.-Que destaque daria à prestação de Cuidados Básicos e Hospitalares em relação ao treinamento e compensação laboral dos profissionais?
- 30.- Para você, o que significa Norma de Conduta e Ética Profissional?
- 31.-Como valoriza a implementação da Política de Cargos e Salário no desempenho profissional?
- 32.- Como gostaria que funcionassem as ações de formação continuada? Formação em Serviço (); Cursos de Curta Duração (); Cursos de Longa Duração (); Seminários dirigidos por Instituições de Ensino (); Seminários dirigidos por Colegas Treinados ().
- 33.-O que opina sobre a organização dos serviços de plantão e sua remuneração?
- 34.-Qual a sua opinião sobre os subsídios e/ou salários diferenciados para os profissionais de saúde que trabalham em situações de risco e isolamentos?
- 35.-Na sua opinião, o profissional de saúde carece de Segurança Social?
- 36.-Como profissional de saúde, qual a sua opinião sobre a Saúde do Trabalhador?
- 37.-Conhece as regras legais que amparam o funcionário/técnico? Sim (); Não ().

Data:/...../ 2004.

Assinatura:



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

EXECUTIVOS, GESTORES, SINDICALISTAS, MAGISTRADOS, ADVOGADOS E POLÍTICOS

O questionário que o Senhor (a) responderá é de inteira responsabilidade do seu autor, pelo que não pode ser passado a uma terceira pessoa sem um comum ou prévio consentimento de ambos.

Este questionário foi elaborado para servir de base a estudo que sustentará uma tese de Mestrado em Saúde Pública com o seguinte tema: POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM GUINÉ-BISSAU: UMA PROPOSTA DE SUSTENTABILIDADE AO SISTEMA SAÚDE.

Dados Pessoais

- 1.- Nome:
2.- Sexo: M (); F (); 3.- Idade:; 4.- Escolaridade:; 5.- Graduação:
6.- Pós-graduação:/...../.....
6.1.- País de Estudo:/...../.....

Dados Profissionais

- 1.- Instituição:; 1.2.- Órgão:; 2.-Data de Ingresso:/...../.....
3.- Forma de Ingresso:; 4.- Categoria:; 5.- Função/Cargo:
6.- Termo de Referência (O que faz):
7.- Tempo na Função:; 8.- Outras Funções Exercidas Anteriormente:/...../.....
9.- Outras Instituições em que já trabalhou:/.....
10.- Qual o grau de conhecimento das suas funções? (Se tem algum material que o orienta no que fazer do cotidiano)
11.- Tem usufruído de alguma formação complementar? Sim (); Não ()
11.1.- Em caso positivo, mencionar (Seminários, Especialização, entre outros)/.....
11.2.- Em caso negativo, quais são as suas pretensões (Se pretende requalificação, treinamento ou outros)
12.- Que preparação tem em administração de recursos humanos e administração de recursos financeiros?
12.1.- Que tipo de formação ou treinamento recebeu?
13.- Quais as suas propostas para uma real e efetiva administração de recursos humanos e administração de recursos financeiros?
14.-Considera-se bem enquadrado? Sim (); Não ().
14.1.- Comentários. (Se faz o que gosta, se cumpre seu papel, o que gostaria fazer para servir melhor, se é bem remunerado, se é valorizado)
15.-Qual é o seu grau de satisfação social? (Sente-se bem remunerado e utilizado, se é reconhecido, se tem recebido menções, se é recompensado no desempenho como cidadão e funcionário público)
16.- Quais são as suas motivações como funcionário público? (Sente-se realizado e respeitado; qual a expectativa como funcionário público e técnico)
17.- O que entende das Carreiras Profissionais? (Sabe da sua existência e o que significa para um funcionário)
18.-Sabe o que é Avaliação de Desempenho? (Se sabe de sua existência e o que significa para um funcionário e sua aplicabilidade para a administração pública Guineense)
19.- Como se tem desenvolvido a Avaliação de Desempenho?.....

- 20.- Acha importante, a padronização das nossas categorias profissionais em nível dos PALOP, CPLP e/ou CDEAO?
- 21.- Quando acha que o profissional deve definir a carreira a seguir?
Antes de iniciar o estágio probatório (); Depois de terminar o estágio probatório ().
- 22.- Qual a importância que atribui ao estágio probatório?
- 23.- Quais seriam as condições mínimas de trabalho que propõe para o desempenho efetivo e eficiente dos profissionais em serviço?
- 24.-Na sua opinião, existe necessidade premente e condições ideológicas para a formulação de uma Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde Guineense? Sim (); Não ().
- 25.- Na sua opinião, que viabilidade teria essa formulação?
- 26.-Que sugestões teria?
- 27.-Que elementos de análise introduziria no projeto construção desta Política de Recursos Humanos?
- 28.-Que vantagens ou desvantagens a implantação da Iniciativa de Bamako traz para o desempenho dos Recursos Humanos no setor saúde?
- 29.- Que garantias laborais propõe para que haja um bom desempenho dos profissionais alocados no Setor Saúde em todos os níveis?
- 30.- O que propõe para que o profissional mude sua visão ética no atendimento ao usuário?
- 31.-Na sua apreciação, qual a contribuição que a Medicina Tradicional vem prestando ao Sistema Saúde Guineense?
- 32.- Qual o papel que vem desempenhando a prática da Medicina Privada na melhoria da prestação de cuidados aos cidadãos urbanos e rurais?
- 33.-Que destaque daria à prestação de Cuidados Básicos e Hospitalares em relação ao treinamento e compensação laboral dos profissionais?
- 34.- Para você, o que significa Norma de Conduta e Ética Profissional?
- 35.-Como valoriza a implementação da Política de Cargos e Salário no desempenho profissional?
- 36.- Como gostaria que funcionassem as ações de formação continuada? Formação em Serviço (); Cursos de Curta Duração (); Cursos de Longa Duração (); Seminários dirigidos por Instituições de Ensino (); Seminários dirigidos por Colegas Treinados ().
- 37.-O que opina sobre a organização dos serviços de plantão e sua remuneração?
- 38.-Qual a sua opinião sobre os subsídios e/ou salários diferenciados para os profissionais de saúde que trabalham em situações de risco e isolamentos?
- 39.-Na sua opinião, o profissional de saúde carece de Segurança Social?
- 40.- Qual a sua opinião sobre a Saúde do Trabalhador?
- 41.-Conhece as regras legais que amparam o funcionário/técnico? Sim (); Não ().
- 42.- Como se financia o funcionamento do setor saúde na Guiné-Bissau?

Data:/...../ 2004.

Assinatura:

CAPÍTULO III CONTEXTO DO ESTUDO

Sem querer fazer uma análise histórica da administração colonial portuguesa, apresentaremos algumas informações e traços lógicos que julgamos serem pertinentes para o entendimento como os fatos históricos condicionam o que está configurado na atualidade administrativa guineense.

Como constam das atas, diários e algumas crônicas dos descobrimentos portugueses, o navegador Álvaro Fernandes foi quem primeiro abordou às costas da atual Guiné-Bissau, em 1446. A primeira feitoria ou capitania, como eram chamados as localidades onde se instalavam os conquistadores portugueses das novas terras dos territórios além-mar, foi constituída na atual cidade de Cacheu, no Norte da Guiné e nos afluentes do Rio do mesmo nome. A razão apresentada para os primeiros contatos foi a simples troca comercial com os nativos (indígenas, como foram denominados posteriormente pelos colonizadores).

Com o passar do tempo esta simples troca comercial se transformou no maior pesadelo de quinhentos e vinte oito anos de ocupação, fixação e colonização, que se consumou através de “guerras de pacificação”, que por resistência dos aborígenes, só foi possível a partir de 1915, com a sangrenta submissão do grupo étnico papel de Bissau e arredores.

Nos primórdios da ocupação, isto é, até a segunda metade do século XVIII, a Capitania da Guiné era administrada pelo Governador de Cabo Verde e só nos finais daquele século é que se estabeleceu um Governo para o território da Guiné, instalando-se na Ilha de Bolama. A partir deste momento começou a desenvolver o núcleo administrativo que, posteriormente, se transfere para a Ilha de Bissau, do qual herdamos todos os seus malefícios e benefícios que puderam alimentar o sistema decadente, hoje instalado na Guiné-Bissau, no período pós-independência política.

O Sistema Administrativo no Ultramar, como eram chamadas as terras ocupadas por Portugal no além-mar (fora do perímetro Europeu), foi consubstanciado por se considerar a forma pela qual se poderia disciplinar e subjugar os aborígenes e assim, explorá-los, bem como os recursos naturais existentes nas terras. A Administração Ultramarina era traduzida na transplantação e adaptação dos meios e das formas porque a função administrativa era prosseguida em Lisboa, a capital das colônias. A Administração dos Territórios foi esquematizada basicamente com a instauração do sistema republicano em Lisboa, no início do século XX, com o intuito de subjugação e domínio permanente dos territórios sob colonização de Portugal. O Sistema Administrativo Ultramarino se iniciou num momento em que a estrutura política em Portugal estava centrada na pessoa de António de Oliveira Salazar, um sistema centralizador que delegava certas funções aos Governos e Administradores dos Territórios e Localidades, respectivamente.

Na segunda metade do século XX, mais precisamente nos finais dos anos 50 e inícios de 60, surgiram os primeiros movimentos nacionalistas por independência em Angola e na Guiné. Essas vozes começaram a ser ouvidas nos Fóruns das Nações Unidas, levando Portugal a abrandar as formas de opressão, com uma política de descentralização, passando a considerar os Territórios Ultramarinos do Além-Mar como parte de Portugal, ou seja, Províncias Ultramarinas. A partir de então, os povos desta Província, passaram a ser “Portugueses Ultramarinos”, estratificados em classes e graus de pertencimento a Portugal. No entanto, somente a partir do primeiro quarto do século XX é que Portugal se interessa em proporcionar instrução escolar a alguns africanos nas respectivas colônias.

No caso da Guiné, esse número é inexpressivo. Basta observar que somente no início dos anos 50 do século XX é que foi criado o primeiro liceu (colégio) em Bissau, mesmo assim muito mais para atender os interesses educacionais dos filhos dos assimilados e dos colonos, já que o Poder Central Português incentivava a imigração e o estabelecimento no território, com o intuito de povoamento com a finalidade e pretexto de se perpetuarem e transformar estas Províncias em terras próprias de Portugal.

A Administração Colonial em Guiné buscou simplesmente cumprir as diretrizes emanadas de Lisboa, usando altos funcionários vindos da Metrópole e de Cabo Verde (principalmente os Administradores dos Conselhos e Chefes de Postos Administrativos – Autarquias e Freguesias), de São - Tomé e Príncipe e de Angola, relegando os postos de agentes subalternos com quatro anos de escolaridade para os funcionários guineenses. Este esquema prevaleceu e subsistiu na Guiné até à conquista da Independência Política, conseguida por lutas sangrentas, após sublevação dos nacionalistas que se transforma em uma guerra anticolonialista, que durariam onze anos ininterruptos.

A República da Guiné-Bissau é uma ex-Colônia Portuguesa cuja independência foi proclamada unilateralmente, pelo Partido Africano da Independência à Guiné-Bissau e Cabo Verde (PAIGC), em 24 de Setembro de 1973, durante a luta armada de libertação, como já mencionamos, que durou 11 anos, só terminando em 1974 com a Revolução dos Cravos. No entanto, Portugal, país colonizador, só vai reconhecer formalmente a independência do país em 10 de Setembro de 1974, após duas rondas de negociação realizadas no mesmo ano em Londres e Argel respectivamente.

Na Guiné-Bissau o regime político é a democracia multipartidária, semipresidencialista com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos e reeleito para mais um e, uma Assembléia Legislativa, denominada Assembléia Nacional Popular - ANP, eleito para 4 anos, onde existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário, constitui a sustentabilidade para a afirmação de uma democracia consistente, sustentável e, pautada pela convivência pacífica da nossa sociedade multiétnica.

A laicidade na profecia religiosa, desde que, não atentam contra a segurança do país, Estado, Governo e do seu Povo, constitui outro axioma importante na configuração da Guiné-Bissau como país independente, democrático e soberano.

Guiné-Bissau é membro das seguintes organizações:

- Nações Unidas (NU)
- União Africana (UA)
- Comunidade de Países Não Alinhados
- Comunidade Económica Desenvolvimento de Estados da África Ocidental (CEDEAO)
- Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)
- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)
- Organização da Comunidade Islâmica (OCI)
- Comunidade de Países de Língua Francesa (Francofonia)
- Comunidade de Luta Contra a Desertificação no Sahel (CILSS)
- União Monetária Oeste Africana (UMOA)
- União Económica Monetária Oeste Africano (UEMOA)
- Organização Mundial da Saúde (OMS)
- Organização Internacional do Trabalho (OIT)
- Organização Oeste Africano de Saúde (OOAS), entre outros.

Como membro do Sistema das Nações Unidas e de convivência internacional, tem ratificado todas as convenções e acordos internacionais que, em seu entendimento, estão em prol da defesa da humanidade e não vão contra o consagrado na carta magna do País e tem honrado minimamente e com rigor os seus compromissos.

A República da Guiné-Bissau é um país situado na Costa Ocidental da África Subsahariana, numa extensão territorial de 36.125 Km², dividido em uma parte continental e outra insular constituída de um conjunto de 90 Ilhas e Ilhéus, sendo 20 habitadas – o chamado Arquipélago dos Bijagós – e encontra-se encravada entre a República do Senegal ao Norte, a Sul e Sudeste pela República da Guiné e a Oeste, banhado pelo Oceano Atlântico numa extensão de aproximadamente 200 Km, com uma zona marítima exclusiva de 70.000 Km².

Em virtude da sua localização geográfica, as marés alagam as terras até 150 km para o interior do território na parte continental, o que torna difícil o acesso, particularmente na Região Sul, agravando-se ainda mais na época das chuvas. Durante o ano, o país tem duas estações climáticas: a seca - entre novembro e abril e a chuvosa - entre maio e outubro, o que faz com que, sua vegetação seja do tipo Saheliano com savana e floresta tropical úmida. A precipitação chega a alcançar 2.500mm no Sul (clima tipo “sub-guineense”), enquanto são registrados 1.400mm nas zonas Norte e a Este (clima tipo “sudanês”). No entanto, esta pluviosidade tem diminuído nos últimos anos de uma maneira drástica, devido a influencia dos ventos do Deserto do Sahara, complicando em muito a vida de mais de 80% da população ativa, que é essencialmente agrária.

Em 2003, a população da Guiné-Bissau estava estimada em aproximadamente 1.249.192 habitantes ¹, sendo 52% da população feminina com 32 etnias (com algumas afinidades), conforme resultado do último recenseamento geral da população. Neste mesmo recenseamento mostra que mais de 69% da população vive no meio rural. A taxa de crescimento, entre os dois últimos censos (1979 e 1991), foi de 2,3% anual. A densidade demográfica é de 30 hab/km², registrando forte êxodo rural, principalmente para Bissau, Gabú e Bafatá. Na capital, Bissau, concentra cerca de 30% da população do País, com uma taxa de aumento anual na ordem de 5%. A esperança de vida à nascença é de 45 anos, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2002.

A população de Guiné-Bissau está culturalmente e religiosamente dividida em animistas, que habitam predominantemente as zonas costeiras e os muçulmanos, que povoam o interior do país, com aproximadamente 32 etnias, sendo por ordem de representatividade, respectivamente, os Balantas e os Manjacos, os Fulas e os Mandingas, entre outros tantos. Contudo, o idioma oficial de Guiné-Bissau é o português, que é falado e escrito nas escolas e lugares públicos, sendo que o crioulo é idioma de comunicação oral mais utilizado e em toda a extensão do território nacional além de

¹ Segundo Instituto Nacional de Estatísticas e Censo - INEC, tomando como base censos populacionais de 1979-1991

coexistirem mais 32 dialetos em número igual de etnias existentes no país. O crioulo, apesar de não ter uma forma escrita, conseqüentemente, um léxico, é o idioma mais veicular e, com uma abrangência em todo o território nacional, o que em um futuro não longínquo, pode se transformar numa segunda língua oficial para o país, e mais, o mesmo idioma também se fala em todo o território de Cabo Verde, constituindo-se também uma preocupação em transformá-lo em língua oficial.

Do ponto de vista administrativo Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: 1) Bafatá, 2) Biombo, 3) Bolama-Bijagós, 4) Cacheu, 5) Gabú, 6) Oio, 7) Quínara e, 8) Tombali; que, por sua vez, estão subdivididos em 36 setores e, em mais um Setor Autônomo (cidade de Bissau), Capital Política, Econômica e Administrativa do país [ver Figura 1 Guiné-Bissau]

Figura 1

MAPA POLÍTICO E ADMINISTRATIVO DA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

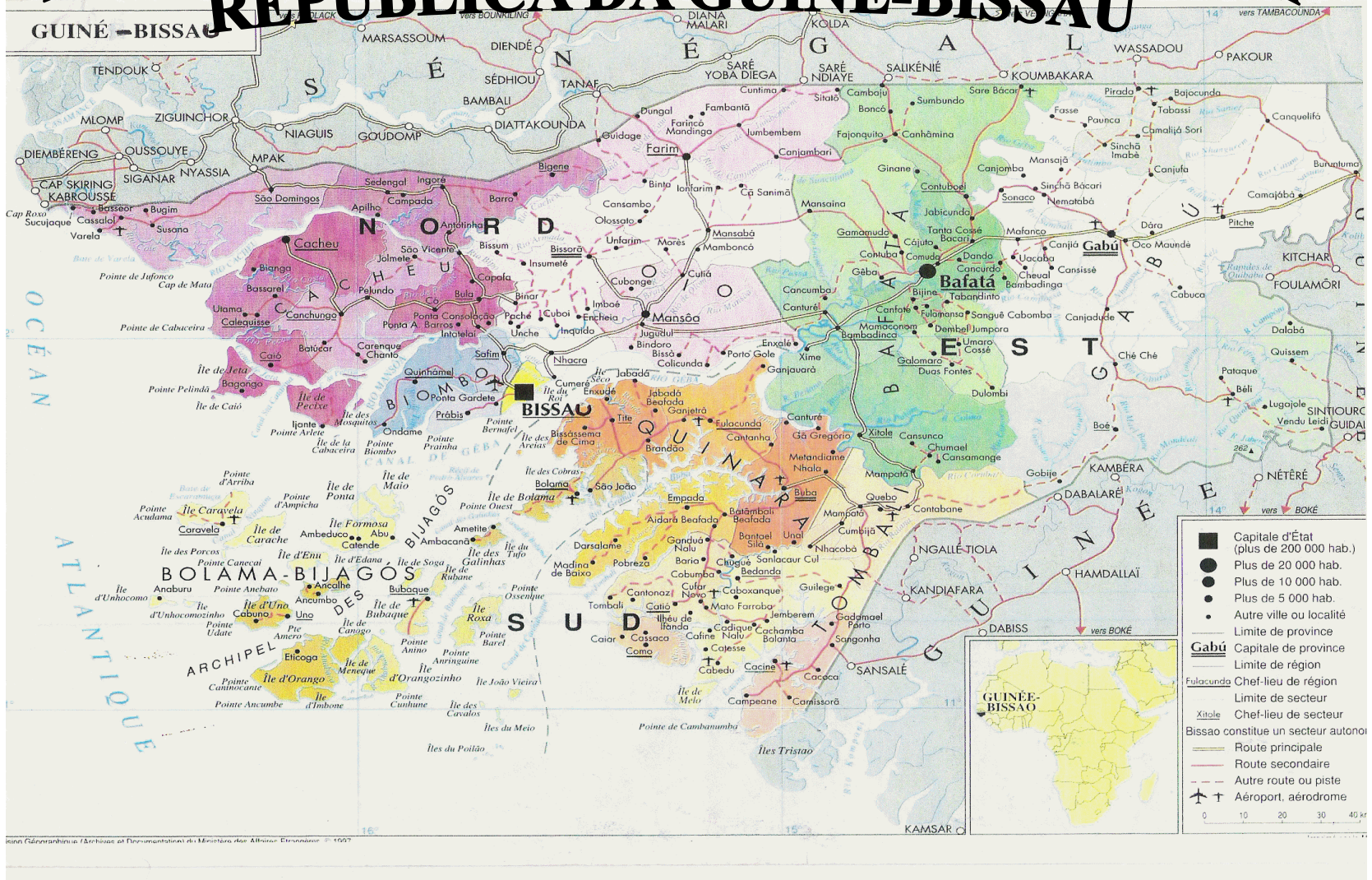


Imagem Geoprocessamento (Arquivos de Documentação do Ministério das Alterações Estruturais) © 1997

A República da Guiné-Bissau pertence ao grupo dos países menos avançados do planeta, com um PIB de menos de USD \$500 por habitante. O relatório mundial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2002 sobre o Desenvolvimento Humano nos coloca em 170º no Ranking entre os 174 países membros da ONU classificados em 2002. O baixo grau de desenvolvimento e a forte dependência de ajuda externa nos fazem arcar com um enorme fardo econômico, com uma enorme dívida tanto interna como externa.

O país é essencialmente agrário voltado para a subsistência do agregado familiar que, normalmente é muito extensa, destacando-se a produção de castanhas de caju para exportação e de cereais e gado para consumo interno. Secundariamente, a pesca industrial, é praticada na zona marítima (parte externa do arquipélago), sob licença para navios de outros países, já que a Guiné-Bissau não possui frota própria. Os recursos minerais tais como, a bauxita e o fosfato são riquezas minerais existentes no país que, no entanto, ainda não foram ainda exploradas. Quanto ao petróleo, o país possui potencialidade uma vez que na parte fronteira com Senegal foram encontradas reservas exploráveis. No entanto, como ocorrem com a bauxita e o fosfato, ainda não explorado.

Entre as dificuldades para o desenvolvimento do país enumeramos três aspectos mais relevantes. Primeiro, a débil infra-estrutura em geral. Segundo, a quase inexistência de estruturas de produção. Terceiro, o modesto nível das exportações conduzindo a um desequilíbrio da balança comercial e ao agravamento da dívida pública.

Com a adoção do Primeiro Programa de Ajustamento Estrutural - PAE, de 1987-89, foi estabelecida uma política orientadora para uma economia liberal na qual o Estado abandona progressivamente certas funções em proveito do setor privado e da sociedade civil. O segundo PAE, delineado para levar a cabo reformas sociais, monetárias, financeiras e as privatizações foi suspenso em 1992, por não cumprimento dos critérios estabelecidos, principalmente no que se refere à aplicação da política financeira. As autoridades decidiram, em 1993, imprimir um programa de urgência (Programa Sombra), que permitiu a estabilização dos grandes desequilíbrios macro-financeiros e estruturais.

Em Junho de 1994, o governo elaborou, em colaboração com o Banco Mundial e o FMI, o Quadro da Política Económica e Financeira - PEF, para 1994-97.

A integração do país, em maio de 1997, a UEMOA - União Económica Monetária Oeste Africano conduziu ao início de uma maior estabilidade económica e financeira que foi interrompida a 7 de Junho de 1998, por um conflito político-militar interno, que durou 11 meses e destruiu totalmente todas as bases económicas, financeiras e produtivas que se tinham começado a alicerçar. Desafortunadamente, neste momento, o país encontra-se mergulhado em uma enorme crise política, económica e social que jamais conheceu ao longo dos seus trinta anos de existência completa no passado mês de Setembro.

Os problemas educacionais na Guiné-Bissau são grandes, como por exemplo, na reduzida taxa de alfabetização e na baixa qualidade da escolarização em todos os níveis. A falta de meios e a carência de definições do sistema educacional nacional são os maiores problemas do setor, que acabam repercutindo em todos os demais setores, inclusive no setor da saúde, com enormes dificuldades de qualificação adequada dos recursos humanos, em todos os níveis de escolaridade. Se não vejamos alguns dados.

A República da Guiné-Bissau tem uma taxa altíssima de analfabetismo, ou seja, na ordem dos 65%, sendo a taxa bruta de escolaridade de 53%, com um grande índice de abandono, particularmente para o contingente feminino, com maior incidência no Este do país. A alfabetização constituiu sempre uma das prioridades da política educacional no nosso país e, recentemente, muitas iniciativas ligadas, sobretudo ao desenvolvimento das ONG's, preconizam o relançamento de ações naquele sentido, integrando nos programas, componentes de conhecimento social e económico, como saúde, nutrição, planeamento familiar, economia doméstica, contabilidade e gestão financeira.

Na Guiné-Bissau a estrutura educacional está assim constituída:

► **Jardim de Infância**, que corresponde a faixa de escolaridade entre 3 até 5 anos de idade;

- ▶ **Ensino Básico Elementar**, que corresponde a faixa etária de escolaridade entre 6 e 10 anos, somando quatro anos de escolaridade;
- ▶ **Ensino Básico Complementar**, que compreende a faixa etária de 11 a 12 anos, somando dois anos de escolaridade;
- ▶ **Ensino Unificado**, que corresponde a faixa etária de escolaridade entre 6 e 12 anos, somando seis anos de escolaridade;
- ▶ **Ensino Liceal**, que corresponde a duas fases, ou seja, Curso Geral com três anos de escolaridade e o Curso Complementar com dois anos, nas escolas públicas e três anos nas escolas privadas;
- ▶ A partir daí, têm-se os cursos médios profissionais e os cursos superiores.

O ensino Básico Elementar, Complementar, Unificado e Liceal há dois anos estão funcionando com muitas dificuldades por uma crise instalada por falta e atrasos nos pagamentos dos salários dos professores.

Apesar de existir no país tanto o sistema educacional público como privado ambos são regulamentados e controlados pelo Estado, ou seja, pelo Ministério da Educação Nacional. Atualmente Guiné-Bissau conta com três Liceus Nacionais (colégios que atendem da sétima a décima segunda série); no Setor Autônomo de Bissau (capital) concentram-se treze Liceus nas oito Regiões, duas escolas de formação média de professores, uma escola média de formação administrativa, uma escola médio-superior de formação de professores, uma Escola Nacional de Saúde – ENS, que contempla a Escola Superior de Medicina, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de Havana e a Escola Técnica de Quadros de Saúde e, uma Faculdade de Direito anexa à Faculdade de Direito de Lisboa, além de tantas outras instituições privadas e filantrópicas que atuam nesta esfera, cujas referências não constam nos dados estatísticos do país. Por Decreto Presidencial, foi criada recentemente a Universidade “Amílcar Cabral” – UAC, de Bissau, mas que ainda está a funcionar com extremas dificuldades por absoluta falta de infra-estrutura, de Professores, de equipamentos e de recursos financeiros que o possam fazer funcionar a todo o vapor. Na área privada, foi criada no final do ano de 2003 a

Universidade Colinas de Boé - UCB, aliás, as duas instituições se debatem com os mesmos problemas tanto estruturais como institucionais.

A maior parte dos profissionais de nível superior do país continua sendo formada no exterior. No que respeita à saúde, este fato produziu diversos constrangimentos quanto à quantidade e à qualidade de suas formações, que se traduziam na heterogeneidade das abordagens e, muitas vezes, em uma inadaptabilidade dos profissionais às precárias condições existentes no país, resultando no seu abandono. A constatação de tais problemas levou a que fosse criada, no final da década de 80, uma Escola Superior de Medicina - ESM, em Bissau.

Quanto à área de enfermagem, a formação básica tem sido feita no país, embora a escola venha enfrentando, ao longo de toda a sua existência, várias carências e limitações. Não partindo de uma planificação adequada das necessidades, a ação formativa da escola foi sendo arrastada, por um lado, pela necessidade de preenchimento de lugares e, por outro lado, por razões de ordem política, que determinaram a valorização e reciclagem dos antigos socorristas que participaram na luta de libertação nacional. Tendo estas duas determinantes privilegiadas a quantidade em detrimento da qualidade, a resultante foi a formação de um grande número de auxiliares com baixo grau de escolaridade e, que tem prejudicado a qualidade da oferta dos serviços prestados aos usuários. Esta situação está, já desde 1990, a sofrer uma tentativa de correção, através da paragem da formação de auxiliares e do empenhamento dos recursos da Escola Técnica de Quadros de Saúde - ETQS na promoção (requalificação) dos profissionais auxiliares para técnicos (profissionais) generalistas, ou seja, de nível médio, e na formação de parteiras.

A Escola Nacional de Saúde tem uma faculdade de medicina que não funciona desde 1998 por falta de professores e de meios financeiros para contratação de professores Cubanos que asseguravam o funcionamento do mesmo.

Quanto à formação contínua, cuja responsabilidade do Ministério da Saúde, as ações realizadas são numerosas e diversificadas, mas ocorrem de forma “*ad-hoc*” nos

diferentes programas, não estando integradas nem entre si, nem com os órgãos de formação.

CAPÍTULO - IV O SISTEMA DE SAÚDE GUINEENSE E A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

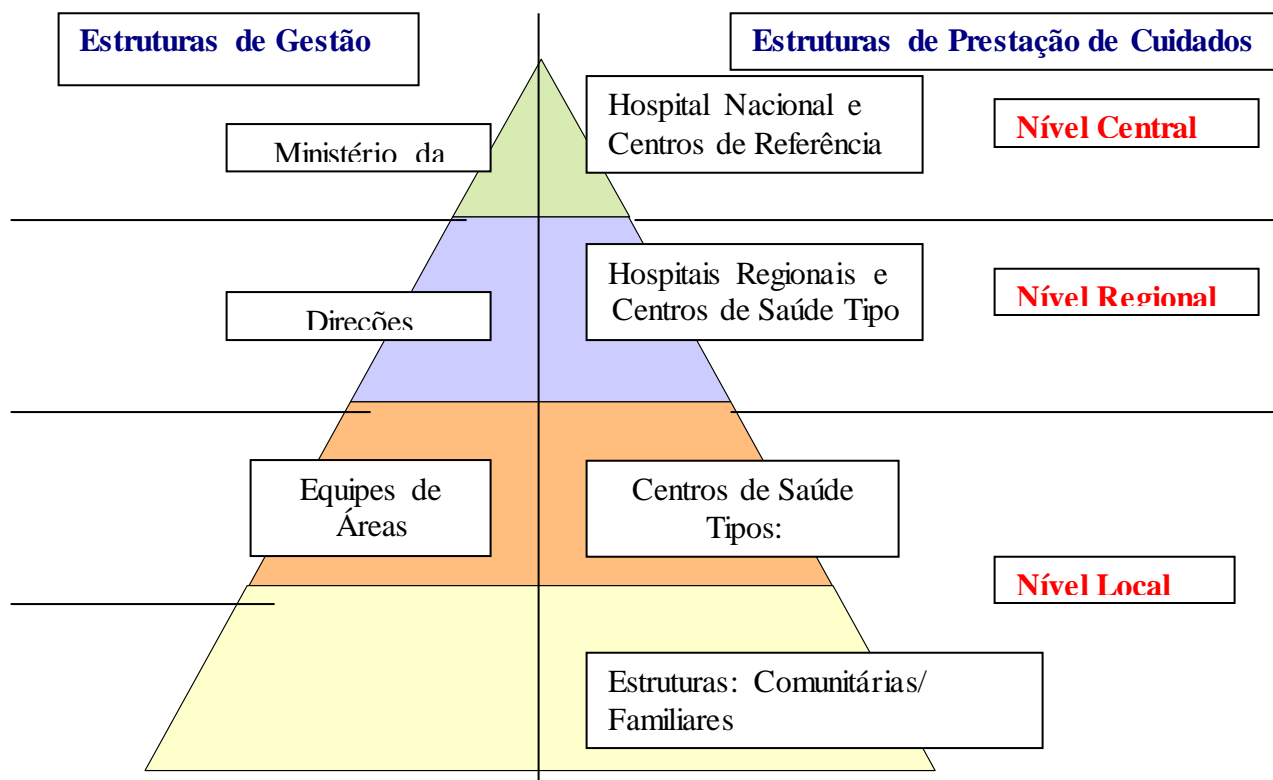
CONTEXTUALIZANDO O TEMA

Como na maioria dos países de baixo desenvolvimento, Guiné-Bissau é caracterizada por alto índice de morbi-mortalidade materna e infantil, sendo principais causas: a Malária, a Infecção Respiratória Aguda (IRA), a Diarréia e a gravidez precoce. Nos últimos anos a SIDA (AIDS), aliado a Tuberculose veio engrossar ainda mais o já altíssimo número de mortalidade.

Os indicadores de saúde do país estão entre os piores da África ao Sul do Sahara. São caracterizados por altas taxas de morbidade e de mortalidade. As principais doenças são: malária, diarréia, doenças respiratórias agudas, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA, parasitoses intestinais, oncocercose (denominada cegueira dos rios, que cega os olhos, proveniente de picadas de moscas **Wamsirem**) e outras endemias tropicais. O estado nutricional da população é de carência, sobretudo nas crianças e mulheres que constituem o grupo alvo com maior taxa de morbi-mortalidade.

Os serviços de saúde da Guiné-Bissau estão estruturados de forma piramidal, à semelhança de outros países, com três níveis de gestão, correspondendo aos níveis da administração do país. No nível central, encontram-se as estruturas de planejamento e os centros de referência. No nível regional, considerado intermediário, estão a execução, a implementação e a prestação de cuidados. E no nível local, onde se dá a prestação dos cuidados básicos. O Ministério da Saúde conta com uma estrutura orgânica hierarquizada e desconcentrada em três níveis como nos traduz a Figura 2.

FIGURA 2
PIRÂMIDE SANITÁRIA
GUINÉ-BISSAU



Por outro lado, verifica-se um grande desequilíbrio geográfico no que se refere à infra-estrutura, se considerada a distribuição da população e as realidades locais. Por exemplo, existem zonas onde a população é muito dispersa e é necessário utilizar “estratégias avançadas” para garantir o acesso ao “mínimo” de cuidados de saúde. A situação das ilhas é ainda mais crítica devido a evidentes dificuldades de deslocamento e, obviamente, de transferência de pacientes para outros níveis. Tomemos como comparação as Tabelas 3 e 4. A Tabela 3, que reporta a 1996, quando da formulação do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, o país contava com 2 Hospitais Nacionais (Hospital Nacional Simão Mendes e Hospital Nacional “3 de Agosto”); 11 Centros de Referência Nacional e Regional, que inclui Centros de Pesquisa, entre outras tantas instituições que prestavam serviços à população. Com a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário em 1996, foi reestruturada a estrutura sanitária,

tanto as estruturas de gestão como as de prestação de cuidados, buscando maximizar os recursos, a infra-estrutura e minimizar os custos de funcionamento. Neste sentido, os dois Hospitais Nacionais foram aglutinados, ou seja, o Hospital Simão Mendes ao Hospital 3 de Agosto. Vale registrar que com a reformulação da proposta do PNDS ficou prevista a construção de 1 Hospital Regional em Mansôa (Região Sanitária de Oio).

A Tabela 4 nos mostra a situação atual do país em termos de disponibilidade de estruturas de prestação dos cuidados e serviços hospitalares, isto é após a reestruturação que se preconizou no PNDS-1998/2002, mas incluindo já a situação do pós-conflito político-militar de 1998/1999 que devastou o país o por completo.

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS POR TIPO E NÍVEL DE GESTÃO
GUINÉ-BISSAU – 1996

Descrição	Central		Regiões								Total	
	Centros Referência	SAB	Bafatá	Bijagós	Biombo	Bolama	Cacheu*	Gabú	Oio	Quínara		Tombali
Setores		1	6	3	3	1	6	5	4	4	4	37
Hospitais Nacionais	2											2
Centros Referência	6	1	1		2			1				11
Hospitais Regionais			1				1	1			1	5
Hospitais Setoriais			1	1		1(***)	1	1	2	3	2	11
Centros de Saúde		9	12	11	8	1	17	17	15	12	19	116
Unidade Saúde Base		3 (*)	86	46	3	2	85	162	98	57	118	660
População Total	1.077.391	237.200	158.000	18.512	61.550	8.779	156.600	145.200	168.350	47.600	75.600	1.077.391

Fonte: DGPPC

NOTA: (*) USB com pessoal do Estado – Quelelé+Luanda+Ilhéu do Rei.

(**) Inclui Região Sanitária de São Domingos.

(***) Exerce Função Hospital Regional.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS POR TIPO E NÍVEL DE GESTÃO
GUINÉ-BISSAU – 2003

Descrição	Central		Regiões									Total
	Centros Referência	SAB	Bafatá	Bijagós	Biombo	Bolama	Cacheu *	Gabú	Oio	Quínara	Tombali	
Setores	-	1	6	3	3	1	6	5	4	4	4	37
Hospital Nacional	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro Referencia Nacional	6(**)	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	8
Hospitais Regionais	-	-	1	-	-	-	1	1	Previsto	-	1	4
Centros Saúde A	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	-	5
Centros Saúde B -Urbano	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Centros Saúde B -Rural	-	-	1	-	-	-	-	2	1	3	2	9
Centros Saúde C -Urbano	-	7	3	-	-	-	-	1	-	-	-	11
Centros Saúde C -Rural	-	-	10	3	8	-	13	16	13	2	5	83
Centros Saúde C -Bijagós	-	-	-	7	-	1	2	-	-	-	-	10
Postos Saúde	-	2	-	-	-	3	5	-	3	8	14	35
Unidades Saúde	-	3	86	46	3	2	85	162	98	57	118	660
População Total	1.249.192	350.891	181.854	18.940	63.517	9.271	165.160	176.714	179.214	51.974	91.194	1.249.192

Fonte: DGPC/MINSA, Julho 2003.

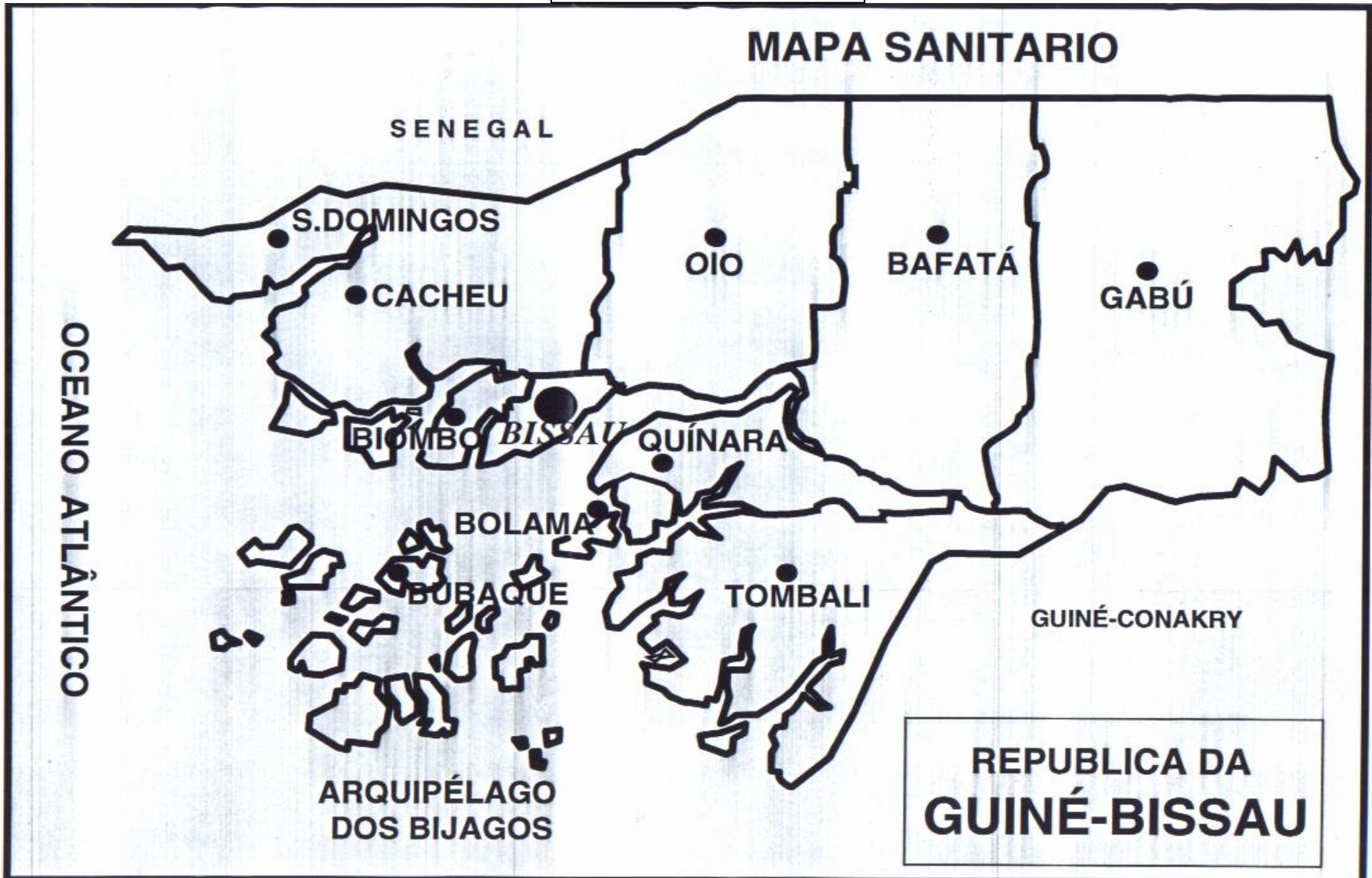
NOTA: (*) Inclui Região Sanitária de São Domingos; (**) Alguns Foram parcialmente danificados e/ou totalmente destruídos no conflito político-militar de 1998.

Ressalta-se que fatores históricos e de desenvolvimento institucional levaram a que os Centros de Saúde periféricos tivessem uma grande diversificação, no que respeita ao tamanho e a definição de atribuições e competências. Essa variedade produz diferenças quantitativas no quadro de pessoal. É devido a isso que, no Sul do país, apesar da deficiente acessibilidade, há uma oferta de infra-estruturas sanitárias aparentemente excessivas, aumentando o custo de manutenção e deteriorando a eficácia da utilização dos recursos existentes (Tabelas 3 e 4).

Outro ponto que merece destaque em nossa análise é a concentração populacional que vem sofrendo alterações desde a independência, tornando-se mais urbana. Bissau, por exemplo, tinha nos anos 80, cerca de 16% da população do país enquanto que, atualmente, estima-se em 30%.

A Divisão Sanitária difere um pouco da Administrativa no sentido de facilitar a acessibilidade, o que levou com que, após a análise da realidade e das necessidades, subdividi-la em onze Regiões Administrativas Sanitárias, a saber: Bafatá, Bijagós, Biombo, Bolama, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara, São Domingos, Setor Autônomo de Bissau (SAB) e Tombali (Mapa 2); que, sua vez foi subdivididas em 114 Áreas Sanitárias - AS, sendo a Região Sanitária de Gabú com o maior número de áreas sanitárias em um total de 19 (Tabelas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, em anexo).

Figura 3



Para a configuração da política de recursos humanos para o setor saúde guineense, como sendo uma política pública, urge referenciar as formas padrões de políticas que se têm praticado neste mundo globalizado, onde qualquer forma de interpretação pressupõe a compreensão e a razão da existência da correlação a que será induzido o formulador.

Na literatura sobre a formulação de políticas públicas, encontramos diversas imagens quanto à forma pelas quais os interesses organizados se vinculam às arenas decisórias do Estado. Assim, os modelos elaborados, tais como a economia planificada, o capitalismo periférico e o neoliberalismo, constituem formas para captar empiricamente essas relações traduzem as mudanças concomitantes na estrutura do processo político, na diversificação funcional e abrangência das associações de interesse e nos modos pelos quais os representantes daquelas acedem às instancias decisórias.

A política sanitária guineense, como reflexo da política capitalista periférico que se vem praticando na Guiné-Bissau, projetado pelo Estado multipartidarista, postula-se por uma simbiose do que é a política socialista do setor saúde mais o formato do capitalismo dependente.

Destes três modelos (economia planificada, o capitalismo periférico e o neoliberalismo) a opção por um tem servido para a formulação de políticas no contexto das democracias liberais na tentativa de perpetuar a continuidade do capitalismo avançado. De maneira que os estudiosos do fenômeno puderam capturar mudanças temporais, em geral incrementais, nos arranjos institucionais para produzir políticas públicas, tal como é o caso de formulação de uma política de recursos humanos para um setor público cujo orçamento de funcionamento é dependente em 90% entre contribuições e empréstimos vindos dos parceiros externos e organismos internacionais que atuam no setor bancário.

Fica claro que a simbiose a que nos referimos torna evidente a dificuldade de análise do modelo político guineense e, também, de que estamos perante um tema por demais complexo, vasto e muito difícil de condensar - por outro lado não constitui razão fundamental do nosso trabalho. Este fato deve-se a numerosos fatores dos quais ressaltam

os seguintes: as bases conceituais das formalizações mudam constantemente à medida em que os sistemas políticos e as sociedades se tornam mais complexos e se interpenetram por força da transnacionalização das economias, da mundialização dos problemas sociais causados pelo atual padrão de acumulação capitalista e pelos acelerados avanços tecnológicos.

UM BREVE COMENTÁRIO TEÓRICO SOBRE RECURSOS HUMANOS

A República da Guiné-Bissau é um país recém independente, com apenas 30 anos de independência de uma colonização portuguesa aos moldes de uma administração servil dos ideais do Salazarismo, sem uma política e sem uma estrutura que possam servir aos anseios de prosperidade e desenvolvimento organizacional estruturante. Circunstancial e afortunadamente foi desta forma que se iniciou a nova administração do governo, que constitui hoje o Sistema Administrativo do País. Com um antecedente que somente pode servir de ponto de partida para as reflexões que se precederam ao período pós-reconhecimento formal por parte do Governo Português da Independência da Guiné-Bissau, este fato sucedeu no dia 10 de Setembro de 1974, data a partir da qual se efetuou a transferência formal dos destinos do ex-território provincial da Guiné Portuguesa para os nacionalistas do Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde.

Subseqüentemente houve várias tentativas de estruturar a administração nacional, partindo dos pressupostos herdados e conjugados com alguns princípios do Estado Totalitário, isto é, a cópia do sistema socialista, que foram os principais aliados para a nossa independência política, na medida em que o país se encontrava sob a égide do partido único. A partir de 14 de novembro de 1980, o Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde, perde sua essência com um golpe militar que derrubou o Presidente Luis Severino de Almeida Cabral, sucedendo o então, General de Divisão, João Bernardo Vieira, que se manteve no poder até 7 de Maio de 1999, data em que foi derrubado também por outro golpe militar.

O curso da história da convivência internacional levou o governo a romper com o postulado de Estado socialista de administração pública, dando início nos anos 80, a uma ampla reforma do setor público, em cooperação com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Tal movimento resultou na formulação do Programa da Reforma do Estado, mais precisamente a partir de 1983, o processo começou com o Programa de Estabilização Econômica e, que compreendia várias fases e setores da vida nacional, dentre as quais a Administração Pública².

A percepção dos profundos desequilíbrios econômicos e financeiros em que estava submergido o país a ritmo cada vez mais crescente, assim como o diagnóstico objetivo e correto das suas principais causas, levou as autoridades da Guiné-Bissau a adotar em 1983 um Programa de Estabilização Econômica e Financeira visando entre outros, a eliminar as principais distorções de preços internos e externos, mudar os termos internos de comércio em favor do setor rural, alinhar a procura interna com os recursos disponíveis e uma melhoria da eficiência na gestão do setor público. Este programa foi apoiado por um crédito de Reconstrução de Importação da Associação de Desenvolvimento Internacional – AID, e uma primeira parcela de crédito do Fundo Monetário Internacional - FMI (Medina, 1994:15).

Na Guiné-Bissau, frente a um quadro sombrio, no qual a administração assiste passivamente a inversão do seu verdadeiro papel de facilitador do processo de desenvolvimento, o governo decidiu mobilizar recursos junto à comunidade internacional para a implementação de um vasto programa de reforma administrativa (Medina, 1994). Como já mencionamos, verdadeiramente, no âmbito da reforma administrativa, os fatos somente começaram a acontecer a partir de 1988, com um apoio financeiro e técnico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Este programa propunha atingir os seguintes objetivos: a) estudo e resolução dos problemas estatutários da função pública; b) reorganização da direção da função pública; c) elaboração do quadro orgânico da

² Vale ressaltar que no País não se tem cultura de registro documental que permita a efetiva análise e consistência do processo como um todo.

administração; d) definição e implementação de uma política de formação e aperfeiçoamento dos quadros do setor público (PNDRHS, 1997).

Entretanto, foram conseguidas as seguintes realizações: Primeiro, elaboração do Projeto de Lei contendo normas de criação, organização e controle dos organismos civis do Estado. Segundo, elaboração do Projeto de Lei Orgânica do Governo. Terceiro, elaboração do novo Projeto do Estatuto de Pessoal da Administração Pública (objeto de um decreto publicado em 1994, mas ainda não totalmente aplicado). Neste Estatuto são fixadas as normas para: a) o processo de admissão de pessoal, b) o caráter disciplinar; c) a contagem do tempo de serviço; d) a aposentadoria, a idade mínima de 50 anos e a idade de 60 anos para a sua concessão; e) a elaboração dos projetos de lei-orgânica de seis ministérios, (entre os quais o da saúde) ainda não publicados; f) e a definição da metodologia de recenseamento dos efetivos da administração.

Este programa vai ter um profundo e importante impacto na degradação sistemática da Administração Pública Guineense na posteridade.

Isto significa que em termos de produção de políticas, leis, normas, etc., o País já dispõe de um arcabouço muito importante e, que devidamente compilados podiam homogeneizar a atuação condigna e eficiente das instituições.

Tanto que se tem dito e escrito por especialista na matéria de políticas, tanto quanto se quer como pretendemos, entende-se, que a Guiné-Bissau carece de muitos suportes legais a modo de Lei ou Decreto-Lei à base de uma ratificação parlamentar ou colégio ministerial e chancelado pelo presidente da república e com publicação no Boletim Oficial (Diário da República ou Governo). Entretanto, todas estas propostas, ganhos e realizações, constituem-se em instrumentos para a formulação e implementação de uma política de administração de recursos humanos, que ainda estará para acontecer, sem a qual, não poderemos pensar uma administração pública realizadora e eficiente.

Para a compreensão desta problemática sustentaremos a nossa opção sobre os

subsídios que os estudiosos brasileiros, fundamentalmente, da administração clássica, aportaram para a concepção da administração dos Recursos Humanos e, conseqüentemente, para a formulação de suas políticas, nos tempos mais recentes.

Como afirma Chiavenato (2000:127):

“a administração constitui a maneira de fazer com que as coisas sejam feitas da melhor forma possível, através dos recursos humanos disponíveis, a fim de atingir os objetivos. A administração envolve a coordenação de recursos humanos e materiais para o alcance de objetivos. A tarefa da administração é basicamente integrar e coordenar recursos organizacionais (muitas vezes cooperativos, outras vezes conflitos), tais como pessoas, materiais, dinheiro, tempo e espaço, etc., em direção a objetivos definidos de maneira tão eficaz e eficiente quanto possível”.

Assim, administração é vista como um:

“processo ou atividade dinâmica, que consiste em tomar decisões sobre objetivos e recursos. O processo de administrar é inerente a qualquer situação em que haja pessoas utilizando recursos para atingir algum tipo de objetivo.” (Maximiano, 2000:24-25).

Contudo, é importante conhecer, na ótica de Chiavenato, a forma como ele define recursos administrativos ao dizer que:

“constituem todos os meios através dos quais as atividades organizacionais são planejadas, organizadas, dirigidas e controladas. Incluem todos os processos de tomada de decisão e distribuição da informação necessária, além dos esquemas de coordenação e integração utilizados pela organização” (Chiavenato, 2000:130).

As formulações de políticas constituem, por assim dizer em etapas importantes na definição do que pretendemos fazer e como fazer para atingir nossos objetivos, como nos

aponta Marras (2002:41) citando Marx: “Um problema só surge quando estão presentes todas as condições para solucioná-lo”. Não basta só a formulação da política para ficarmos satisfeitos do dever cumprido, devemos ter em conta outros legados tanto políticos, quanto jurídicos, econômicos, sociais e culturais que poderão condicionantes importantes para a implementação exitosa, quando se entenda por bem a sua execução.

A análise substancial da situação da administração de pessoal, que se vem realizando no nosso país, a partir de 1986 por técnicos ligados à área, nunca foi consistente e nem tampouco algumas recomendações formuladas foram tidas como capazes de abrandar e solucionar em parte o caos que se vem criando e o abismo que se vem escavando com o andar do tempo neste estágio de desenvolvimento da Guiné-Bissau. Desta forma, consideramos que este estudo dará subsídios e aportará à administração pública e em especial ao Ministério da Saúde procedimentos e políticas específicas em um futuro próximo, visando sanear progressivamente os problemas que vem afetando o sistema administrativo e, mostrando onde residem os *álibis* e como utilizá-los em consonância com os princípios fundamentais da administração, buscando materializar os objetivos perseguidos para um desenvolvimento sustentável dos Recursos Humanos no Ministério da Saúde e do índice de desenvolvimento humano na Guiné-Bissau no seu todo.

Uma pergunta se faz necessária: “Como abordar a factibilidade e a eficiência da gestão de efetivos face à inexistência de uma Política de Administração e Gestão dos Recursos Humanos no contexto da Administração Pública Guineense, com particular destaque no Sistema de Saúde?”

A Administração Pública da Guiné-Bissau, em particular o Sistema de Administração ou Gestão de Recursos Humanos, reclamam por uma transformação profunda, para solucionar a grande crise em que se encontra, não só pelos problemas internos que enfrentamos, mas, também, pelas influências externas, tanto da sub-região, da Comunidade de Estados de Desenvolvimento de Estados da África Ocidental - CEDEAO, da União Econômica Monetária Oeste Africano - UEMOA e da Organização Oeste Africano de Saúde - OOAS, a que nos pertencemos (Figura 4), assim como de outros

sistemas internacionais. Nossa administração não é alheia a todas estas influências, sofrendo pressões tanto internas como externas obrigando à mudanças profundas na sua forma de gerir a máquina pública e conseqüentemente a gestão dos Recursos Humanos que são o fulcro de todo o processo.

Figura 4

**M A P A P O L Í T I C O D A C O M U N I D A D E D E S E N V O L V I M E N T O D E
E S T A D O S D A Á F R I C A O C I D E N T A L E
P A Í S E S D A O R G A N I Z A Ç Ã O O E S T E A F R I C A N A
D A S A Ú D E**

**Organisation Ouest Africaine
de la Santé (OOAS)**



Em todos os momentos nos referimos a administração como um todo, porque entendemos que a demanda do modelo de Administração dos Recursos Humanos é condicionada ao estilo ou modelo de Administração que queremos para o País. Assim sendo, qualquer evento que propomos retratar como acontecimento, deve obedecer certos preceitos no seu tratamento, é nisto que entendemos por bem e, nesta epígrafe tentar de uma forma sucinta demonstrar a metamorfose por que passou a gestão de Recursos Humanos.

Conforme Jain (1988:101) apud Dal Poz (1996:16), afirma:

“a história da evolução da gerência registra o reconhecimento crescente da importância crítica da gestão de recursos humanos para a eficaz e eficiente produção de bens e serviços”.

O autor mostra que:

“em estudo sobre as práticas das relações industriais no Quebec e em países de industrialização avançada, a evolução da gestão de recursos humanos ocorreu em resposta a algumas características internas e externas às organizações”
Bélanger (1989, 1993) apud Dal Poz (1996:16):

- a) tecnologia de fabricação e evolução geral da demanda de bens e serviços;*
- b) percepção da mão-de-obra e dos empregados das organizações;*
- c) influência exercida pelos técnicos de recursos humanos; e*
- d) leque das atividades e funções na área de recursos humanos.*

Nesta perspectiva, segundo Dal Poz (1996), cada um dos fatores apresenta características que foram alteradas ao longo dos anos e, de que essas alterações se podem agrupar em três fases que vão caracterizar as fases da evolução da gestão de recursos humanos da seguinte maneira: de 1920 a 1960, de 1960 a 1980 e de 1980 em diante.

O Quadro 1, ilustra, de forma sintética, a evolução histórica por que passou as características da gestão de recursos humanos no trajeto dos períodos citados anteriormente.

QUADRO 1
EVOLUÇÃO DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Fatores	Fase 1- 1920-1960 Centrada nas atividades	Fase 2- 1960-1980 Visão sistêmica	Fase 3- Após 1980 Visão estratégica
Tecnologia	-cadeia de montagem para uma produção de massa	-automação	-nova tecnologia de produção para uma demanda mais seletiva
Percepção da mão-de-obra	-é abundante; -representa um custo de produção; -é menos importante que a tecnologia; -forma um todo homogêneo	-torna-se um investimento, um ativo, mais que uma despesa	-penúria de mão de obra em certos setores; -pesquisa de uma maior flexibilidade
Coalizão dominante	-especialistas de pessoal na primeira linha; -crescimento dos sindicatos; -intervenção do Estado	-apogeu dos especialistas de relações do trabalho; -início do aparecimento dos especialistas de recursos humanos	-responsabilização dos executivos; -importância dos especialistas de recursos humanos
Integração de atividade	-seleção; -formação; -remuneração; -ausência de coordenação	-reconhecimento da interdependência das atividades	-planejamento estratégico de recursos humanos e alinhamento das práticas de gestão

Fonte: Adaptado de Dal Poz, Mário (1996).

A partir deste Quadro, Dal Poz (1996:17-18), estruturou a seguinte análise:

“Na primeira fase, de 1920 a 1960, centrada sobre as atividades, a tecnologia disponível era a cadeia de montagem para a produção em massa. A mão-de-obra era abundante e homogênea, os sindicatos cresceram, assim como a intervenção do Estado. Foi o período da gestão de pessoal e das relações de trabalho”. ...

“Na segunda fase, de 1960 a 1980, a introdução da automação foi acompanhada da aplicação dos princípios da organização científica. A mão-de-obra passa a ser considerada como investimento. Os especialistas de pessoal realizam função mais ativa, particularmente em programas de formação”. ...

“A terceira fase, começando em 1980, teria como características o planejamento estratégico e a busca de maior flexibilidade, tanto na produção de bens e materiais como nas relações de trabalho. Essas características tenderiam a reforçar o papel dos diversos níveis gerenciais”.

Enfim, como aponta Nogueira (1983, 1986; Dussault, 1992) apud Dal Poz (1996:18):

“no que tange à tecnologia e à percepção da mão-de-obra, o processo de produção de serviços de saúde comporta-se como se tivesse havido a superposição das três fases. A escassez de especialistas em algumas áreas é problema concomitante com a abundância de oferta de mão-de-obra não qualificada em vários setores.” E segue afirmando, que o “significativo papel desempenhado pelo Estado e o domínio exercido pelos especialistas nos chamados ‘departamentos de pessoal’, ao lado da ausência de coordenação das atividades, são fatores característicos do setor saúde que qualificam a gestão de recursos humanos em saúde como centrada nas atividades”

Na Guiné-Bissau este princípio aplica-se com o mesmo vigor que se retrata nesta afirmativa.

Para o mesmo autor, o fim dos anos oitenta se caracterizou pela inovação em todos os domínios. A evolução organizacional estaria relacionada à capacidade de adaptação e de antecipação à mudança. A necessária flexibilidade passaria assim a exigir a mobilização individual e coletiva dos recursos humanos.

Colocando em pauta a questão da regulação do trabalho como sendo uma das dimensões de gestão de recursos humanos, nos propomos trazer à tona algumas discussões, desde as questões conceituais que advieram da crise da época do fordismo, até aos mecanismos que se devem abordar para solucionar algumas reivindicações a este respeito. Partindo do princípio de que esta discussão:

.. “traz elementos para a compreensão do processo de regulação como uma prática que transcende a regulamentação (estabelecimento de normas e regras) e criação de mecanismos juridificados, no momento em que incorporam em sua

análise princípios, comportamentos e tradição que também regulam o trabalho.”
 como Santana (1994:11) apud Dal Poz (1996:21)

Para Hinrichs, Offè e Wiesenthal (1989) apud Dal Poz (1996:21) os dispositivos de regulação devem ser diferenciados em três dimensões, a saber:

- a) Localização institucional, ou seja, se está no plano da empresa, do Estado ou do sistema coletivo do trabalho e do capital;
- b) Objeto da regulação, ou seja, salário, jornada, desempenho, etc.; e
- c) Destinatários da regulação, ou seja, as empresas, os sistemas de formação ou a própria força de trabalho.

“Desta forma, os principais atores do processo de regulação do trabalho em saúde podem ser agrupados em: institucionais, privado e público, nos diferentes níveis de governo; representativos dos grupos sociais (associações, sindicatos, etc.) e usuários, em formas organizadas ou como pacientes.” (Santana, 1994) apud (Dal Poz, 1996:22)

A gestão dos recursos humanos na modernidade pressupõe a utilização de instrumentos adequados que nos possam conduzir a resultados efetivos e eficientes, pelo que, para a realização de tais pressupostos existem determinadas técnicas para trilhar os labirintos a que nos conduzem tais necessidades. É nesta perspectiva que afirma Dal Poz (1996:22):

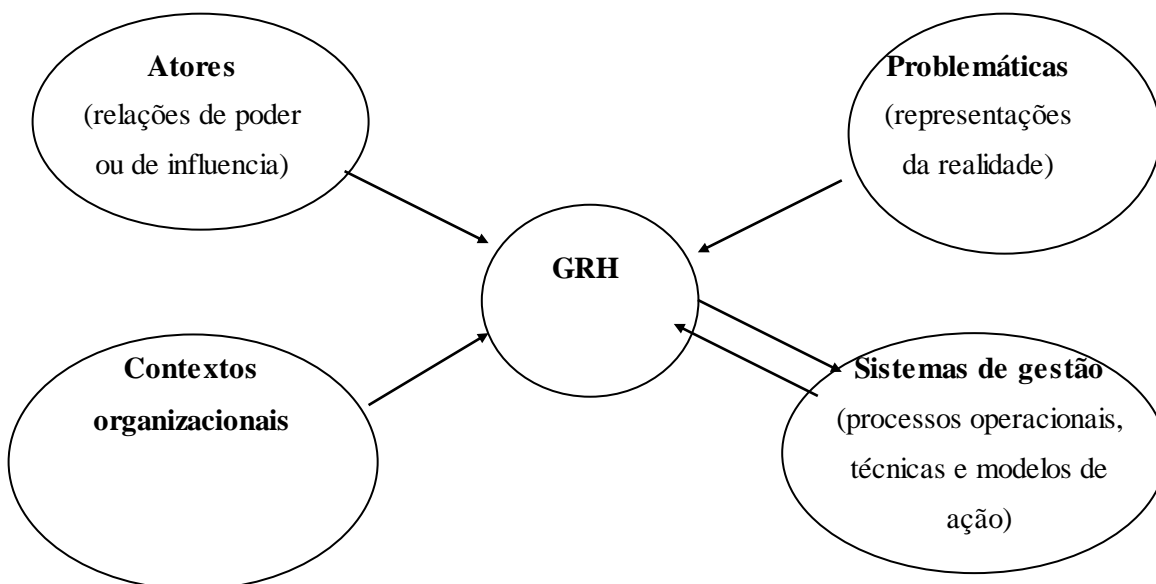
“a importância da Gestão de Recursos Humanos (GRH) está justamente por tocar no que se relaciona diretamente aos homens, sua ação coletiva e os acordos que os ligam à organização.”

Da forma como se tem implementado algumas iniciativas, sem suporte legal, ou melhor, esquecendo sempre de que existem leis que devem ser observados, nunca nos livraremos das incoerências com que o aparelho governativo se tem debatido no que

tange à aceitação da regulação e sua intrínseca ligação ao sistema de gestão de recursos humanos.

Para entender como se articula a regulação com a gestão de recursos humanos e aprimorar os novos instrumentos que a modernidade proporciona, nos apoderamos da Figura 5 cuja percepção analítica nos ajuda no entendimento dos eixos preponderantes na configuração das Políticas de Recursos Humanos que trataremos com maior discernimento, onde aprofundaremos as dimensões estruturais que configuram qualquer política coerente de recursos, no Capítulo VI.

FIGURA 5
FATORES INTERVENIENTES NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.



Fonte: Adaptado de Dal Poz (1996).

CAPITULO V RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DA GUINÉ-BISSAU

Se partirmos do princípio de que planejamento, é um esforço, uma tentativa de agregação e desagregação permanente de elementos e ferramentas para a projeção e previsão de ações, podemos afirmar que planejamento estratégico é uma metodologia participativa utilizada para definir a direção em que a empresa ou instituição deve seguir, por meio da descoberta de objetivos válidos não subjetivos. O produto final desta metodologia é um documento escrito chamado plano estratégico (Carvalho & Serafim, 1995:39).

Para Maximiano, em qualquer nível de administração, o planejamento é o processo que define as ações necessárias para enfrentar situações futuras e atingir metas. E mais, planejamento estratégico:

“é o processo de desenvolver a estratégia – a relação pretendida da organização com seu ambiente. O processo de planejamento estratégico compreende a tomada de decisões que afetam a empresa ao longo prazo, especialmente decisões sobre os produtos/serviços que a organização pretende oferecer e os mercados/clientes que pretende atingir” (Maximiano, 2000:398).

Complementando a idéia de planejamento de recursos humanos, Chiavenato, nos diz que planejamento de recursos humanos:

“é o processo de decisão a respeito dos recursos humanos acessórios para atingir os objetivos organizacionais, em determinado período de tempo. Trata-se de antecipar qual a força de trabalho e os talentos humanos necessários para a realização da ação organizacional futura” (Chiavenato, 2000:199).

Na Guiné-Bissau, existe uma assimetria entre as regiões e as estruturas de prestação de cuidados diferenciados, no que tange à distribuição e alocação dos recursos humanos, sendo o nível central a de prestação terciária, ou seja, de cuidados

especializados e nível regional, que engloba o local, considerado de prestação de cuidados primários e intermediários (regional). Se olharmos rapidamente os dados da Tabela 5, vamos perceber que quase a metade dos profissionais da saúde está concentrada no nível central, o que provoca uma enorme assimetria no equilíbrio da distribuição dos técnicos e, conseqüentemente, no atendimento assistencial à população. Por exemplo, dos 20 médicos especialistas e dos 7 estomatólogos (dentistas), respectivamente 15 e 5 estão trabalhando no nível central. A falta da valorização dos recursos humanos nos diferentes aspectos tem redundado ao abandono dos serviços públicos e, até mesmo, do próprio País, já que a falta de empenho dos sucessivos governos em fazer com que os nossos profissionais ocupem lugares de relevo nas diferentes instituições do País, constitui outro fato marcante na fuga de quadros, particularmente para a Europa, muitos abandonando as suas profissões.

TABELA 5
PRINCIPAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A NÍVEL NACIONAL
GUINÉ-BISSAU - 2003

Categoria Profissional	Nível Central	Regiões	Total
Medico Especialista	15	5	20
Medico Generalista	39	35	74
Estomatólogo (Dentista)	5	2	7
Farmacêutico	8	4	12
Enfermeiro Generalista	120	166	286
Parteira	30	54	84
Técnico Laboratório	24	21	45
Técnico Farmácia	7	17	24
Técnico Estomatologia	5	3	8
Técnico Radiologia	9	5	14
Técnico Oftalmologia	4	4	8
Auxiliar de Enfermagem	158	363	521
Auxiliar de Parteira	2	16	18
Auxiliar de Laboratório	48	66	114
Auxiliar de Farmácia	2	2	4
Auxiliar de Radiologia	2	0	2
Total	479	763	1.242

Fonte:DRH/MINSA-2003

Buscando equacionar estas questões e fazer funcionar as estruturas existentes no sistema, tanto de gestão como de prestação de cuidados, o Plano Nacional de

Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde estabeleceu algumas normas básicas de lotação das mesmas, conforme mostra no Quadro 2.

**QUADRO 2
EQUIPE DE SAÚDE
GUINÉ-BISSAU – 2003**

ORGAO	ESTRUTURA	EQUIPE DE GESTAO	EQUIPE DE PRESTACAO
DIREÇÃO REGIONAL		- Diretor Regional - Diretor-Adjunto - Administrador	
EQUIPE REGIONAL		- Diretor-Adjunto e Responsável SC - Responsável Grande Endemias - Administrador - Responsável Saúde Família - Responsável Méd. Essenciais - Diretor Hospital Regional	
	Hospital Regional	- Diretor - Diretor Clínico - Administrador - Auxiliar Administrativo	- 5 Médicos - 5 Enfermeiros Generalistas - 15 Auxiliares Enfermagem - 2 Parteiros Geral - 4 Parteiros Auxiliar - 2 Técnicos Laboratório - 4 Auxiliares Laboratório - 1 Técnico Radiologia - 1 Técnico Oftalmologia - 1 Técnico Estomatologia - 1 Técnico Farmácia
AREA SANITARIA	Centro Saúde "A"	- Diretor - Diretor-Adjunto - Administrador	- 2 Médicos - 2 Enfermeiros Generalistas - 6 Auxiliares Enfermagem - 1 Parteira Geral - 2 Parteiros Auxiliar - 2 Auxiliares Laboratório
	Centro Saúde "B" Urbano	- Responsável - Responsável-Adjunto - Administrador - Auxiliar Administrativo	- 3 Médicos - 6 Enfermeiros Generalistas - 6 Auxiliar Enfermagem - 3 Parteiros Geral - 2 Parteiros Auxiliar - 1 Técnico Laboratório - 2 Auxiliares Laboratório
	Centro Saúde "B" Rural	- Responsável - Responsável-Adjunto	- 1 Médico - 1 Enfermeiro Generalista - 2 Auxiliares Enfermagem - 1 Parteira Geral - 1 Auxiliar Laboratório
	Centro Saúde "C" Urbano	- Responsável - Responsável-Adjunto - Auxiliar Administrativo	- 1 Médico - 2 Enfermeiros Generalistas - 2 Auxiliares Enfermagem - 1 Parteira Geral - 2 Parteiros Auxiliar - 2 Auxiliares Laboratório
	Centro Saúde "C" Rural	- Responsável - Responsável-Adjunto	- 1 Enfermeiro Generalista - 1 Auxiliar Enfermagem - 1 Parteira Geral - 0,5 Técnico Laboratório
	Centro Saúde "C" Bijagós	- Responsável - Responsável-Adjunto	- 1 Enfermeiro Generalistas - 1 Auxiliar Enfermagem - 1 Parteira Geral - 0,5 Técnico Laboratório
COMUNDADE	Posto de Saúde*	- Responsável	- 2 Auxiliares Enfermagem
	Unidade Saúde de Base**	- Comitê	- Agente Saúde Comunitária - Matronas

Fonte: DRH/Ministério da Saúde, 2003. NOTA: *Gestão Pública; **Gestão Comunitária

No nosso entendimento, estas normas, em que pese sua importância nas políticas de recursos humanos, não têm efetivamente se transformado em realidade, uma vez que as condições objetivas não têm mudado a realidade de fugas de quadros e, mesmo, de desestímulo dos profissionais em trabalhar no setor saúde. Vale registrar, que, quando da elaboração das normas de lotação constantes do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, foram ignoradas as normas para o Hospital Nacional, os Centros de Referência e os Hospitais Regionais, o que desregula de maneira forte o quadro de lotação de pessoal (quadro orgânico) do Ministério da Saúde, bem como não se promulgou até hoje (ainda em elaboração de forma inacabada) o Projeto da Lei Orgânica da Saúde.

O quadro de pessoal do Ministério da Saúde tem 78 categorias profissionais, totalizando 2.230 funcionários e agentes³. Destas, 59 categorias têm menos de 10 profissionais cada; 50 têm menos de 5 profissionais; 19 têm apenas 1 profissional, sendo que apenas 10 categorias têm mais de 20 profissionais. Este é um dos problemas com que depara no quantitativo de pessoal necessário, bem como na construção da própria carreira. Desta forma, para facilitar o entendimento agrupamos as diversas categorias por afinidade, como demonstrado abaixo.

Agrupamento proposto das diversas categorias:

Enfermagem Geral	Profissionais da categoria, enfermeiros especialistas e enfermeiros com formação de nível superior.
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutico	Técnicos dentistas, de fisioterapia, de pensos, de oftalmologia, de radiologia, etc.
Administrativos, Contabilidade e Secretariado	Primeiros oficiais, auxiliares de estatística, escriturários, logísticos, secretárias, tesoureiros, etc.
Pessoal de Apoio Geral	Contínuos, cozinheiros, guardas, jardineiros, lavadeiras, motoristas, porteiros, serventes, etc.
Outros Técnicos	Assistentes sociais, economistas, educadoras de infância, engenheiros, farmacêuticos, nutricionistas, etc.

Fonte: Adaptado do PNDRHS/1997.

³ Funcionário, refere-se a profissional do quadro permanente, ou seja, “provimento definitivo”. Agente, refere-se a profissional contratado por “termo certo” (contrato por um ano) e “provimento administrativo”(contrato de 2 anos renovável e que pode se transformar em “provimento definitivo”).

Para entender melhor a proposta do agrupamento proposto, o Quadro 3 lista as profissões do Sistema Saúde da Guiné-Bissau. Vale registrar que no nível de Pós-Graduação é possível que profissionais de nível médio, como por exemplo enfermeiros e parteiras, possam fazer esta modalidade de formação, justificada pela enorme carência de pessoal para atuar nas áreas. Entende-se por nível de **pós-graduação**, cursos de especialização; **nível superior** engloba todos os cursos de graduação; **nível médio**, refere-se aos cursos técnicos profissionalizantes; **nível auxiliar** refere-se a todos os profissionais com nível de escolaridade entre 6 a 9 anos e que tenham feito curso de saúde de pelo menos 2 anos de duração e, **nível básico**, refere-se aos profissionais sem escolaridade definida com apenas capacitação e treinamento na área de saúde.

QUADRO 3
CATEGORIAS PROFISSIONAIS DO SISTEMA SAÚDE – GUINÉ-BISSAU – 2003

NÍVEL DE FORMAÇÃO	CATEGORIAS PROFISSIONAIS	NUMERO
PÓS-GRADUADO		
	Cirurgião Geral	1
	Gineco-Obstetricia	1
	Ginecologista	1
	Pediatra	1
	Urologista (Pós-graduado)	1
	Urologista (Especialista)	1
	Cirurgião Maxilo Facial	1
	Mestre Epidemiologia	2
	Mestre Endemias	1
	Medico Saúde Internacional	2
	Entomologista	1
	Enfermeiro Saúde Publica (Especialista)	1
	Medico Saúde Publica (Pós-graduado)	8
	Enfermeiro Saúde Publica (Pós-graduado)	16
	Parteira Saúde Publica (Pós-graduado)	2
	Engenheiro Sanitário	1
SUPERIOR		
	Médico	74
	Estomatologista (dentista)	7
	Farmacêutico	12
	Oftalmologista	1
	Técnico Organização de Empresa	1
	Nutricionista	1
	Sociólogo	1
	Psicólogo	2
	Biólogo	3
	Bioquímico	1
	Biofarmacêutico	1
	Químico	1
	Técnico Superior de Enfermagem	2
	Técnico Superior de Saúde Comunitária	1

QUADRO 3
CATEGORIAS PROFISSIONAIS DO SISTEMA SAÚDE - GUINÉ-BISSAU – 2003 (continuação...)

MÉDIO		
	Enfermeiro Generalista	286
	Parteira	84
	Técnico de Laboratório	45
	Técnico de Estomatologia	8
	Técnico Farmacêutico	24
	Técnico Oftalmologista	8
	Técnico Radiologista	14
	Técnico Prótese Dentária	**
	Técnico Bandagem	**
	Técnico Prótese	**
	Técnico Alimentos	1
	Técnico Química de Alimentos	1
	Técnico Anestesia	**
	Técnico Assistência Social	1
	Técnico Entomologia	**
	Técnico Instrumentos Cirúrgicos	**
	Técnico Cistohistologia	1
	Técnico Esterilização	**
	Técnico Biomedicina	**
	Técnico Electromedicina	**
	Técnico de Estatística de Saúde	**
	Técnico de Higiene e Epidemiologista	6
	Técnico de Optometria	**
	Técnico de Transusão Sanguínea	1
	Técnico de Saúde Mental	1
	Técnico de Contabilidade	3
	Secretária	**
	Técnico Torneador	**
	Mecânico	**
	Eletricista	**
AUXILIAR		
	Auxiliar de Enfermagem	522
	Auxiliar de Parteira	18
	Auxiliar de Laboratório	114
	Auxiliar de Farmacia	4
	Auxiliar de Radiologia	2
	Auxiliar de Esterilização	**
	Auxiliar de Instrumentos Cirúrgicos	**
	Datilografo	**
	Técnico Auxiliar Estatística Administração	**
	Auxiliar Administrativo	**
	Telefonista	**
	Assistente Social	**
BÁSICO		
	Socorrista	1*
	Agente Saúde Base	**
	Matrona	**

Fonte: DRH/Ministério da Saúde, 2003. Nota: *Funcionário Público; **Sem Informação

Já as Tabelas 6 e 7 explicitam melhor a distribuição de pessoal, mostrando a enorme carência de especialistas do Sistema de Saúde Guineense. A título de esclarecimento, a partir da Tabela 6 podemos mostrar que para todo o país só existe um (1) médico cirurgião, que por cúmulo e ironia do destino é o Diretor da Escola Nacional de Saúde; um (1) pediatra que é o Diretor do Programa de Saúde da Família; um (1) Oftalmologista que é o Diretor de Serviços de Oftalmologia do Hospital Nacional Simão Mendes; um (1) Gineco-Obstetra que é o Diretor Clínico do Hospital Nacional Simão Mendes; um (1) Ginecologista que também é o Diretor de Serviços da Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, entre outras situações absurdas que podem ser vistas nestas Tabelas.

A Tabela 6 retrata com mais precisão a disponibilidade/carência de profissionais por estruturas de prestação de cuidados diferenciados (Hospital Nacional Simão Mendes, Hospital Raoul Follereau, Centro de Saúde Mental e Centro de Reabilitação Motora); Centros de Pesquisa (Laboratório Nacional de Saúde Pública e Centro de Medicina Tropical). Na Tabela não fizemos menção ao Projeto Saúde de Bandim, na medida em que funciona de forma autônoma com técnicos contratados e com 100% de financiamento externo. O gabinete do Ministro, a Direção Geral da Saúde e a Inspeção Geral da Saúde constituem órgãos de formulação, gestão, implementação, execução e inspeção das políticas e dos atos políticos, técnicos e administrativos, tanto do sistema como das partes que o cabem em toda a sociedade.

Ao fazermos alusão à Tabela 7, é para detalharmos a disponibilidade/carência dos profissionais ao nível das Regiões Sanitárias e, é de notar que a Região do Setor Autônomo de Bissau detém o maior número de profissionais, porque é onde se situa a capital do país. Também convém destacar que todos os médicos especialistas alocados neste nível são os que exercem as funções de diretores regionais de saúde, que possuem Especialização em Saúde Pública; os farmacêuticos e os técnicos de farmácia, onde eles existem, são os responsáveis dos Depósitos de Medicamentos a nível regional dos Hospitais e dos Centros de Saúde.

TABELA 6
PRINCIPAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS POR ESTRUTURAS SANITÁRIAS NO NÍVEL CENTRAL
GUINÉ-BISSAU – 2003

Categoria	Centro Medicina Tropical	Centro Mental	Centro Reabilitação Motora	Direção Geral Saúde	Gabinete Ministro Saúde	Hospital Nacional Simão Mendes	Hospital Raoul Follereau	Inspeção Geral Saúde	Laboratório Nacional Saúde Pública	Total
Nível Superior	0	1	0	14	1	42	4	2	4	68
<i>Medico Especialista</i>	-	-	-	6	-	8	1	-	-	15
<i>Medico Generalista</i>	-	1	-	4	-	27	3	1	3	39
<i>Estomatólogo (dentista)</i>	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
<i>Farmacêutico</i>	-	-	-	4	1	1	-	1	1	8
<i>Oftalmólogo</i>	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Nível Médio	0	8	0	14	1	154	11	0	11	199
<i>Enfermeiro Generalista</i>	-	8	-	11	1	91	8	-	1	120
<i>Parteira</i>	-	-	-	1	-	29	-	-	-	30
<i>Técnico de Laboratório</i>	-	-	-	-	-	14	-	-	10	24
<i>Técnico de Estomatologia</i>	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
<i>Técnico de Farmácia</i>	-	-	-	2	-	5	-	-	-	7
<i>Técnico de Oftalmologia</i>	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4
<i>Técnico de Radiologia</i>	-	-	-	-	-	6	3	-	-	9
Nível Auxiliar	0	11	0	8	0	164	16	0	13	212
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	-	9	-	8	-	132	9	-	-	158
<i>Auxiliar de Parteira</i>	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
<i>Auxiliar de Laboratório</i>	-	2	-	-	-	26	7	-	13	48
<i>Auxiliar de Farmácia</i>	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
<i>Auxiliar de Radiologia</i>	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
TOTAL	00	20	00	36	02	359	31	02	28	479

Fonte: DRH/MINSA, 2003

Nota: O Centro de Medicina Tropical e o Centro de Reabilitação Motora foram desativados em consequência das destruições do Conflito Político-militar que devastou o país em 1998 e, o Centro de Saúde Mental Reinstalado numa estrutura adaptada.

TABELA 7
PRINCIPAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS POR REGIÕES SANITÁRIAS
GUINÉ-BISSAU – 2003

Estrutura / Categoria	Bafatá	Bijagós	Biombo	Bolama	Cacheu	Gabú	Oio	São Domingos	Setor Autônomo Bissau	Quínara	Tombali	Total
Nível Superior	5	1	3	2	6	8	6	2	7	2	4	46
<i>Medico Especialista</i>	1	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	5
<i>Medico Generalista</i>	4	1	3	1	4	6	5	2	4	2	3	35
<i>Estomatólogo (dentista)</i>	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
<i>Farmacêutico</i>	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	4
<i>Oftalmólogo</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Nível Médio	30	7	19	7	36	43	33	12	47	17	19	270
<i>Enfermeiro Generalista</i>	23	4	11	5	21	30	21	8	22	11	10	166
<i>Parteira</i>	2	1	4	1	7	6	8	2	17	2	4	54
<i>Técnico de Laboratório</i>	1	1	2	-	1	3	2	1	6	2	2	21
<i>Técnico de Estomatologia</i>	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	3
<i>Técnico de Farmácia</i>	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	17
<i>Técnico de Oftalmologia</i>	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	4
<i>Técnico de Radiologia</i>	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1	5
Nível Auxiliar	53	17	21	2	38	53	56	20	78	37	59	434
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	45	16	13	10	32	47	48	15	51	33	53	363
<i>Auxiliar de Parteira</i>	1	-	1	-	-	2	2	1	8	2	-	16
<i>Auxiliar de Laboratório</i>	7	1	7	2	6	3	6	4	18	2	6	66
<i>Auxiliar de Farmácia</i>	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
<i>Auxiliar de Radiologia</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL	88	25	43	21	80	108	94	34	132	56	82	763

Fonte:DRH/MINSA-2003

Como já falamos, na Guiné-Bissau, tem havido fuga de profissionais para o exterior, especialmente para Portugal e Cabo Verde, para Organismos Internacionais e ONG's, devido a salários atrativos que, se praticado na Guiné-Bissau, não seria viável. Neste aspecto o Ministério da Saúde tem sido um dos ministérios que mais tem sofrido destas conseqüências que tem diminuído de forma abismal o quantitativo de profissionais qualificado e prestando serviços de boa qualidade aos nossos cidadãos. Vale ressaltar que este quadro de migração, nefasto ao sistema de saúde, tem sido incrementado paulatinamente ao longo dos anos, em número cada vez mais preocupante, como mostra o Quadro 4.

Em um país onde não existe segurança social, seguro de vida entre outros requisitos sociais, com salários depauperados pelo custo de vida que vem aumentando ao longo dos tempos, sem perspectivas profissionais alentadoras, torna-se muito difícil esperar disponibilidade de técnicos especializados que possam, profissionalmente, laborar no sistema público em prol da sociedade em geral. Disto pode entender a forma como os recursos humanos vêm sendo tratados de simples “fator de produção”, “objeto de gestão” ou, mais recentemente, “cúmplice” e entusiasta da administração pública em geral e do sistema sanitário em particular. O valor humano e profissional que não são dignificados nos leva a ponderar determinados fatos que têm acontecido no Sistema Administrativo Guineense no que tange à gestão de recursos humanos, demonstrando a atenção que se tem dispensado à esta matéria e o seu funcionamento, apesar de todos os discursos políticos que se tem versado sobre o setor.

Por outro lado, pode-se dizer que:

“a Administração de Recursos Humanos consiste na planificação, organização, desenvolvimento e coordenação, assim como também controle de técnicas, capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, na medida em que a organização representa o meio que permite as pessoas que colaboram nela alcançar os objetivos individuais relacionados direta ou indiretamente com o trabalho.”. (Http:www.Monografias.com, 2004:1)

Contudo, isso tem acontecido na Guiné-Bissau de uma forma apática, sem vigor, ficando tudo como meras intenções políticas governativas. O estágio em que se encontra o profissional de saúde não o dignifica como cidadão, quanto mais como profissional que deve pautar-se no bem servir sem preconceitos de classe ou raça, ou cor da pele do utente que se lhe apresenta solicitando seus préstimos. É com base nestas considerações teóricas e com a perspectiva crítica que baseamos nosso estudo e, pelo que, no Capítulo seguinte agrega, as dimensões estruturantes para uma política de recursos humanos coerente e realista que foi, em boa parte, retratada na pesquisa que realizamos na Guiné-Bissau, que também reportaremos de uma forma analítica e crítica.

QUADRO 4
DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS POR HABITANTE/ANO,
SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS. GUINÉ-BISSAU – 2002

Categoria Profissional	1996		1997		1998		1999		2000	
	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante
Médicos/especialidade	129	158.624	125	161.479	111	164.386	90	167.345	84	170.357
Clínico Geral	115		111		95		79		76	
Saúde Pública	0		1		2		2		0	
Cirurgia Geral	1		1		1		1		1	
Ginecologia	1		1		1		1		1	
Gineco-Obstetrícia	0		0		0		1		1	
Pediatria	1		1		2		1		1	
Anestesia	2		1		1		1		1	
Radiologia	0		0		0		0		0	
Otorino	1		1		1		0		0	
Ortopedia	1		1		1		0		0	
Psiquiatria	1		1		1		0		0	
Cardiologia	1		1		1		0		0	
Gastro	1		1		1		1		1	
Hematologia	0		0		0		0		0	
Imatologia	0		0		0		0		0	
Patologia Clínica	0		0		0		0		0	
Oftalmologia	3		3		3		2		1	
Urologia	0		0		0		0		0	
Médico Legista	1		1		1		1		1	

Fonte: DRH/MINSA (2002)

QUADRO 4
DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS POR HABITANTE/ANO,
SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS. GUINÉ-BISSAU – 2002 (Continuação...)

Categoria Profissional	1996		1997		1998		1999		2000	
	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante	Profissional	Habitante
Outros Técnicos Superior	27	158.624	28	161.479	27	164.386		167.345	28	170.357
Farmacêutico	9		9		9		9		9	
Bioquímico	5		5		4		4		3	
Cirurgião Dentista	0		0		1		1		1	
Estomatologista	6		6		6		7		6	
Administrador Hospitalar	1		1		1		1		1	
Epidemiologista	1		2		1		1		2	
Psicólogo	1		1		1		1		2	
Sociólogo	1		1		1		1		1	
Economista	1		1		1		1		1	
Nutricionistas	2		2		2		2		2	
Técnico Sup. Enfermagem	7	158.624	9	161.479	7	164.386	1	167.345	1	170.357
Enfermeiro Professor	7		9		7		1		1	
Técnico Médio	383	158.624	31	161.479	37	164.386	25	167.345	24	170.357
Enfermeiro Generalista	357		*		*		*		*	
Enfermeiro Monitor	4		5		2		0		0	
Técnico Ortopedia	1		1		1		1		1	
Técnico Fisioterapia	3		7		8		4		3	
Técnico Farmácia	18		18		26		20		20	

Fonte: DRH/MINSA (2002)

* Não constam informações; **Segundo dados do DRH, em 2001, regista-se 277 enfermeiros generalistas

CAPITULO VI
POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS NA GUINÉ-BISSAU:
Uma proposta de sustentabilidade

CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS RECURSOS HUMANOS: a visão empírica

Objetivando conhecer de fato a realidade dos recursos humanos do Sistema de Saúde Guineense, foi realizada uma pesquisa junto a dois conjuntos de profissionais: técnicos e gestores/executivos do Sistema de Saúde. Para uma melhor análise, consideramos fundamental iniciar traçando o Perfil dos Profissionais que participaram da pesquisa, permitindo conhecer as suas características gerais como sexo, idade, escolaridade, graduação e pós-graduação, forma de ingresso no serviço, cargo e tempo de serviço, entre outras variáveis.

A pesquisa de campo que realizamos em Guiné-Bissau, foi dirigido essencialmente à técnicos que atuam na saúde, profissionais, em sua maioria, de nível de escolaridade mais elevado, sem desconsiderar a participação de outros profissionais que participam direta ou indiretamente no processo de formação e atenção à saúde das populações guineenses. Esta escolha se deu essencialmente com a intenção de obter informações e opiniões qualificadas, uma vez que há um número significativo de profissionais que têm nível de escolaridade mínimo e com baixa capacidade de emitir opiniões sobre o próprio sistema de saúde em que atuam. Para abrangência territorial e de todas as estratificações que constituem o nosso sistema piramidal, tivemos o ensejo de, nas Regiões Sanitárias, abordar também os profissionais lotados não só nas direções e hospitais regionais, mas também incluímos aqueles lotados nos centros de saúde.

Do universo pesquisado, 64,43% dos profissionais encontram-se na Província Centro (onde se situa Bissau), na medida em que é ali que se encontram os serviços centrais incluindo o Ministério, a Coordenação dos Programas, o Hospital Nacional e os Centros de Referência Nacional além da Região Sanitária do Setor Autônomo de Bissau.

QUADRO 5
RESUMO DO PERFIL DOS RESPONDENTES
GUINÉ-BISSAU, 2004

Aspectos Demográficos	Descrição	V. Abs.	(%)
Distribuição Geográfica	◆ Província Centro	96	64,43
	Hospital Nacional e Centros Referência	31	20,81
	Região Sanitária do SAB	9	6,04
	Serviços Centrais	56	37,58
	◆ Província Leste	14	9,40
	Região Sanitária de Bafatá	5	3,36
	Região Sanitária de Gabú	9	6,04
	◆ Província Norte	19	12,75
	Região Sanitária de Biombo	7	4,70
	Região Sanitária de Cacheu	7	4,70
	Região Sanitária de São Domingos	5	3,36
	◆ Província Sul	20	13,42
	Região Sanitária de Bijagós	4	2,68
	Região Sanitária de Bolama	6	4,03
	Região Sanitária de Quínara	8	5,37
	Região Sanitária de Tombali	2	1,34
Sexo	◆ Feminino	22	14,77
	◆ Masculino	127	85,23
Faixa Etária	◆ 20 a 30 anos	1	0,67
	◆ 30 a 40 anos	38	25,50
	◆ 40 a 50 anos	78	52,35
	◆ 50 a 60 anos	30	20,13
	◆ Mais de 60 anos	1	0,67
	◆ Não Respondeu	1	0,67
Formação Técnico-Científica			
Escolaridade (em anos de estudos)	◆ 8 Anos	5	3,36
	◆ 9 Anos	16	10,74
	◆ 10 Anos	3	2,01
	◆ 11 Anos	86	57,72
	◆ 12 Anos	31	20,81
	◆ Não Respondeu	8	5,37
Nível Formação	◆ Superior	104	69,80
	◆ Médio	38	25,50
	◆ Auxiliar	7	4,70
Categoria profissional	◆ Medicina	59	39,60
	◆ Enfermagem	41	27,52
	◆ Outros	49	32,89
Pós-Graduação	◆ Sim	57	38,26
	◆ Não	92	61,74
País de Estudo	◆ Guiné-Bissau	68	45,64
	◆ Países do Leste Europeu e Cuba	67	44,97
	◆ Países Ocidentais/África/Brasil	14	9,40

QUADRO 5
RESUMO DO PERFIL DOS RESPONDENTES
GUINÉ-BISSAU, 2004 (continuação...)

Mercado de Trabalho	Descrição	V. Abs.	(%)
Instituição de atuação	◆ Ministério da Saúde	39	26,17
	◆ Ministério da Educação Nacional	4	2,68
	◆ Ministério da Defesa Nacional	2	1,34
	◆ Assembléia Nacional Popular	1	0,67
	◆ Organização Mundial da Saúde	2	1,34
	◆ Hospital Nacional e Centros Referência	36	24,16
	◆ Regiões Sanitárias	64	42,95
	◆ Outras instituições	1	0,67
Profissão	◆ Médico	59	39,60
	◆ Enfermeiro	41	27,52
	◆ Outros	49	32,89
Forma de Ingresso	◆ Colocação	24	16,11
	◆ Concurso	31	20,81
	◆ Contrato	57	38,26
	◆ Nomeação	15	10,07
	◆ Outros	5	3,36
	◆ Não Respondeu	17	11,41
Aspectos Institucionais			
Nível de Atuação	◆ Serviços Centrais	56	37,58
	◆ Hospital Nacional e Centros Referência	31	20,81
	◆ Serviços Regionais	62	41,61
Função/Cargo	◆ Diretor	34	22,82
	◆ Diretor Regional de Saúde	8	5,37
	◆ Diretor Regional Adjunto de Saúde	16	10,74
	◆ Diretor de Programa	3	2,01
	◆ Diretor de Hospital Regional	2	1,34
	◆ Médico Assistente	9	6,04
	◆ Chefe Departamento	29	19,46
	◆ Outros	40	26,85
	◆ Não Respondeu	8	5,37
Tempo na Função/Serviço	◆ até 3 anos	40	26,85
	◆ 3 a 10 anos	35	23,49
	◆ Mais de 10 anos	66	44,30
	◆ Não Respondeu	8	5,37
Outras Funções Exercidas Anteriormente	◆ Diretor	39	26,17
	◆ Médico	3	2,01
	◆ Responsável	26	17,45
	◆ Outros	46	30,87
	◆ Não Respondeu	35	23,49

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004.

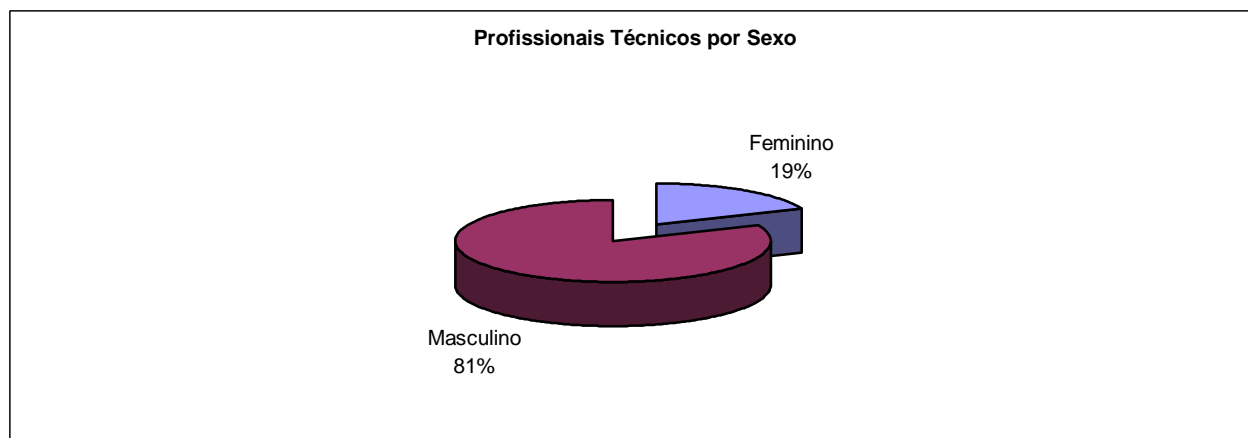
Apesar de não dispormos de dados estatísticos que nos informe a disponibilidade total dos profissionais por sexo, acreditamos que a discrepância não é assim tão acentuada entre ambos, da forma como nos foi possível colher as informações que apresentamos neste trabalho. Nossos respondentes são em sua maioria homens (Gráfico 1). As Tabelas 8 e 9, abaixo, detalham esta questão, mostrando que a hegemonia masculina é ainda maior quando se trata de cargos executivos, como mostram a Tabela 9 e o Gráfico 2.

TABELA 8
PROFISSIONAIS TÉCNICOS POR SEXO, SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS
GUINÉ-BISSAU, 2004

Categorias Profissionais	Masculino		Feminino		Total	
	V. Abs.	(%)	V. Abs.	(%)	V. Abs.	(%)
Nível Superior	52	85,25	9	14,75	61	100,00
Médico	37	60,66	4	6,56	41	67,21
Enfermeiro	7	11,48	2	3,28	9	14,75
Outros	8	13,11	3	4,92	11	18,03
Nível Médio	20	76,92	6	23,08	26	100,00
Enfermeiro Generalista	9	34,62	2	7,69	11	42,31
Parteira	0	0	4	15,38	4	15,38
Técnico Laboratório	5	19,23	0	0	5	19,23
Outros	6	23,08	0	0	6	23,08
Nível Auxiliar	2	50,00	2	50,00	4	100,00
Enfermeiro Auxiliar	1	25,00	1	25,00	2	50,00
Auxiliar Laboratório	1	25,00	1	25,00	2	50,00
Total	74	81,32	17	18,68	91	100,00

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004.

GRÁFICO 1
TÉCNICOS POR SEXO, GUINÉ-BISSAU, 2004



Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004

TABELA 9
PROFISSIONAIS EXECUTIVOS E GESTORES POR SEXO
SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS
GUINÉ-BISSAU, 2004

Categorias Profissionais	Masculino		Feminino		Total	
	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)
Nível Superior	41	91,12	4	8,88	45	100,00
Médico	20	44,44	2	4,44	22	48,89
Enfermeiro	7	15,56	2	4,44	9	20,00
Outros	14	31,11	0	0	14	31,11
Nível Médio	11	91,67	1	8,33	12	100,00
Enfermeiro Generalista	7	58,33	1	8,33	8	66,67
Parteira	0	0	0	0	0	0,00
Técnico Laboratório	2	16,67	0	0	2	16,67
Outros	2	16,67	0	0	2	16,67
Nível Auxiliar	1	100,00	0	0	1	100,00
Enfermeiro Auxiliar	1	100,00	0	0	1	100,00
Auxiliar Laboratório	0	0	0	0	0	0,00
Total	53	91,38	5	8,62	58	100,00

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004

GRÁFICO 2
EXECUTIVOS/GESTORES POR SEXO
GUINÉ-BISSAU, 2004



Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004

Refletindo sobre a questão etária, a pesquisa mostra que 52,35% dos profissionais têm entre os 40 e 50 anos e se somado as faixas mais elevadas este percentual é ainda maior, passando de 70% dos profissionais. Este fato torna-se ainda mais grave quando associado à expectativa de vida de nosso país, que é de 45 anos, ou seja, estamos falando

de um contingente com idade madura e de certa forma avançada que sugere renovação dos profissionais.

Pode-se ver que do universo inquirido 57,72% possuem 11 anos de escolaridade, por outro lado, existem 3,36% de profissionais no Sistema de Saúde com 8 anos de escolaridade, desempenhando em alguns casos cargos de chefia. Dos profissionais que participaram, a maioria tem curso superior, ou seja, 69,80%. Das categorias profissionais as que mais destacam a medicina com 39,60%, seguida da enfermagem com 27,52%, abrangendo os três níveis de formação.

Do universo participante a maioria não tem pós-graduação, ou seja, 61,74% possuem somente o curso básico de formação, o que é preocupante para a garantia de eficiência e qualidade na prestação de cuidados médico-hospitalares e, porque não nos serviços administrativos e de gestão.

O número de profissionais formados no país 45,64% contra 54,37% formados no exterior, sendo que apenas 9,40% estudaram nos países ocidentais da África e do Brasil. Esta situação é grave uma vez que estes profissionais acabam sendo formados em países diferentes com culturas e formas de atuação profissional diferentes e quando regressam ao país, todas estas situações se tornam ainda mais constrangedoras.

O Quadro 5 nos reporta o grande número de diretores que conseguimos entrevistar uma vez que eles são os principais gestores e, em sua maioria, quando são médicos ou enfermeiros, desempenham dupla função, ou seja, gestão e assistência. A maioria (44,30%), se encontra na função ou no sistema há mais de dez anos, sendo um bom número também a menos de três anos (26,85%), neste último caso somente como diretores sem contar o tempo que já estão no sistema.

Em termos de profissionais indagados, 39,60% são médicos e 27,52% são profissionais de enfermagem, pois consideramos de que as duas principais categorias profissionais que mais se identificam com o sistema sanitário.

Quanto à instituição que atuam, analisando com destreza os profissionais abrangidos neste inquérito denota-se a primeira vista a grande participação daqueles que se encontram lotados nas Regiões Sanitárias (42,95%), no Hospital Nacional e Centros de Referências (24,16%), como principais executores das emanações das políticas que formulam ao nível da superestrutura política.

Se analisarmos as formas de ingresso no Sistema de Saúde, notamos que, apesar de que por Lei só se pode ingressar no sistema público por , através de concursos e que se efetivam administrativamente por contratos a termo certo e de provimento administrativo, tem havido varias formas de ingresso que tem distorcido todos os procedimentos e estrangulado as possibilidades de uma gestão qualificada e de garantias inquestionáveis.

Para efeitos metodológicos e de análise, estabelecemos uma nova divisão e reorganização das questões de ambos os questionários, compondo-os em blocos conforme vamos apresentar na análise a seguir.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS: a visão dos técnicos, dos gestores e dos executivos

O Governo da Guiné-Bissau, por meio do Ministério da Saúde, definiu, desde 1993 qual seria sua Política Nacional de Saúde e, cujas bases e princípios foram traduzidos no primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, lançado em 1997 e revisado recentemente. Vale ressaltar que dado o seu caráter e abrangência, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário continua sendo um instrumento de grande utilidade para o Sistema de Saúde Guineense, que se sustenta nos cuidados primários de saúde, tendo como objetivo a saúde para todos os guineenses. Os eixos do Plano são: **primeiro**, o reforço do sistema nacional de saúde em nível central, regional e local; **segundo**, a descentralização do serviço nacional de saúde; **terceiro**, o reforço da capacidade de gestão dos serviços, programas e unidades de saúde; **quarto**, o recenseamento e redistribuição criteriosa de pessoal, as atividades de formação e superação técnico-profissional continuadas; **quinto**, a reabilitação e equipamento das

infra-estruturas sanitárias, o fornecimento, a gestão e o uso racional dos medicamentos essenciais; **sexto**, a participação comunitária e a mobilização de recursos internos e externos. Tais eixos constituem os elementos essenciais da afirmação desta política do Ministério da Saúde, pós-independência.

Para a nossa conjuntura situacional, políticas de saúde são os preceitos estabelecidos que se transformam em procedimentos legais para governar, administrar e gerir funções e assegurar que as diretrizes e os procedimentos médico-sanitários sejam desempenhados de acordo com os objetivos desejados. Não obstante a existência de uma Política Nacional de Saúde, que destaca algumas prerrogativas e sub setores, poucas foram as políticas intra-setoriais nevrálgicas formuladas. Destaca-se nesta perspectiva, o Plano Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cuja implementação, por esvaziamento político tem tido grandes constrangimentos.

Contudo, as atividades de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, até o momento, têm sido limitadas, atuando somente na perspectiva da produção da força de trabalho para as estruturas do sistema de saúde, através da promoção e realização de programas de formação, quer de base, quer de especialização e de ações diversas de educação continuada. Outros aspectos, tais como o desenvolvimento de uma verdadeira política de recursos humanos, os processos de planejamento e, mesmo, as decisões sobre medidas institucionais de gestão dos Recursos Humanos, nunca foram objetos de grande atenção (PNDRHS, 1997).

Assim sendo, com a situação que se encontra nosso país é totalmente contrária à tendência mundial observada nesse campo pois

...“O mundo da modernidade realça a questão de recursos humanos em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente. A gerência de recursos humanos em organizações modernas prioriza aquele que dirige e concebe

políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam profissionalmente.” (Machado, 2000:134)

Formação e Conhecimento para os serviços

A pesquisa mostrou que 62,6% dos técnicos têm conhecimento técnico para exercer suas funções e que utilizam conhecimentos e instrumentos básicos adquiridos no processo de formação. Afirmam também que têm utilizado manuais e planos de procedimento que servem de orientação. Por outro lado, quase a totalidade dos técnicos (89%) afirma ter usufruído de alguma formação complementar adquirida através de seminários e de cursos de especialização e de curta duração. No entanto, apesar da maioria ter respondido positivamente, uma parte significativa dos técnicos, ou seja, 49,5%, reclamam por uma educação continuada, entendendo que a falta da mesma é conseqüência da inexistência de uma política de formação que garanta uma evolução consistente do profissional. As modalidades escolhidas foram: a) associação de formação em serviço; b) cursos de curta duração e; c) seminários dirigidos por colegas treinados.

Já para os executivos e gestores, questionados sobre como têm apoderado de conhecimentos úteis para o desempenho de suas atividades, 74,1% acreditam que tem um alto grau de conhecimento das suas funções, ou por informações recebidas na Escola ou por TDR elaborados. Para eles, o aspecto da educação continuada e do aprimoramento de conhecimentos e instrumentos que ajudem na operacionalização das políticas é um axioma indispensável na consecução dos objetivos para o desenvolvimento dos recursos humanos no setor saúde guineense.

Assim consideramos que o desenvolvimento profissional constitui uma dimensão estrutural que deve ser garantida, pois é dele que pressupõe a continuidade da instituição, a manutenção e o bom desempenho do profissional. Esta dimensão vem a ser o conjunto do desenvolvimento profissional que são constituídos pela carreira, garantias e benefícios

tanto profissionais assim como sociais e salariais e, a avaliação de desempenho que garante a qualidade do profissional.

A relevância de políticas de educação continuada para os profissionais de saúde é fato considerado na literatura internacional, mostrando que o mundo caminha para a exigência de profissionais cada vez mais bem qualificados em todo o mundo.

“Estudos recentes desenvolvidos na Europa e nos EUA mostram um visível aumento da população mais educada, com elevação da escolarização nos diversos segmentos profissionais (Larson,1980; Freidson, 1984; Machado, 1996, por exemplo). Quase toda atividade profissional hoje exige mão-de-obra qualificada, com entendimento cognitivo do processo de trabalho” (Machado, 2000:135).

Para enfatizar ainda este nosso posicionamento a respeito da imperiosa necessidade de uma educação continuada que garanta aos profissionais um arcabouço de conhecimentos mais consistentes, citamos Machado, 2000:138:

“Assistimos, na maioria dos países, à redução do contingente dos blue-collars em detrimento dos white-collars, ou seja, daqueles trabalhadores com funções e atividades profissionais que exigem maior escolarização e envolvimento de processos de trabalhos mais sofisticados e menos rotineiros. Incluem-se aí os profissionais liberais, os profissionais de escritório e todos aqueles que desenvolvem atividades em organizações que produzem serviços especializados para o mercado, como, por exemplo, a saúde”.

No entanto, a realidade de nosso país é outra. Como o sistema guineense, de um modo geral, tem dependido essencialmente de verbas do exterior para executar políticas sociais, pouco se tem podido decidir “por si e para si” a elaboração de um Projeto de formação/educação continuada, de forma mais específica voltada para os interesses e necessidades da população. A formação e aperfeiçoamento profissional dos servidores

públicos é uma área que foi bastante negligenciada nos anos que se seguiram à independência do País, que no entanto, continua sendo negligenciada.

“Apesar de não serem recentes os dados e pela impossibilidade de se ter dados mais recentes relativos a qualificação profissional dos servidores públicos, utilizamos o estudo realizado pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (1994), que aponta mostra a seguinte realidade: dos 16.625 servidores, apenas 1.295 são profissionais qualificados para a função pública, sendo 400 profissionais de nível superior, 402 de nível médio e 493 com formação profissional. Estima-se que 18%, ou seja, 3.000 eram analfabetos ou semi-analfabetos.” (...) “Por outro lado, dos poucos quadros que o País dispõe, jovens na sua maioria, ao ingressarem no mercado de trabalho são confrontados com problemas não só de adaptação, mas, e sobretudo, de realização profissional. A maioria destes profissionais foi formada após a independência do País e seu regresso tem provocado enormes conflitos com os antigos funcionários, sem formação técnica que acederam aos postos de responsabilidade pela falta generalizada de quadros.” (Medina, 1994:21).

“A formação de nível médio e profissional que se pratica no país raramente se articula com as necessidades da realidade. Suas características muitas vezes bastante vagas, não permite assegurar a ligação entre a escola-aprendizagem-vida ativa. Os reflexos produzidos por estes modelos de formação distanciados da realidade da Guiné-Bissau são bem conhecidos. Um destes reflexos é a concepção extrovertida do desenvolvimento presente nos profissionais, chegando a absurdos de termos técnico com especialização em Cibernética quando o país não possui recursos suficientes que justifique o enquadramento e utilização racional dos referidos quadros nesse domínio.” (Medina, 1994:22).

Esta formação vocacionada para a área de administração pública é praticamente inexistente. Os passos dados pelo Centro de Formação Administrativa (CENFA) nesse domínio revelaram-se insuficientes. Sequencialmente constata-se que os dirigentes da

Administração Pública não possuem, na sua maioria, qualquer formação específica em gestão. A falta de recursos humanos com formação em Administração tem ocasionado um fosso enorme entre o pessoal com formação técnica e as camadas do pessoal administrativo e operativo provocando grandes constrangimentos e conseqüente estrangulamento no desenvolvimento das atividades. Os dados da Tabela 10 apontam para o ano de 2000 a previsão de qualificação, mas que pouco se alterou uma vez que continuou a ter grandes fugas de quadros, conseqüência da ausência de políticas de recursos humanos adequada.

TABELA 10
EVOLUÇÃO DOS NÍVEIS DE QUALIFICAÇÃO DO SETOR MODERNO
GUINÉ-BISSAU (vários anos)

Níveis de Qualificação	1986		1991		2000	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Dirigentes	282	0,8	794	1,7	1.664	2,4
Quadros Superiores	518	1,4	824	1,8	1.327	1,9
Técnicos Superiores	1.694	4,6	3.437	7,4	5.542	8,1
Técnicos	5.280	14,4	8.006	17,3	12.515	18,3
Qualificados	8.300	22,6	12.042	26,1	18.100	26,5
Especializados	10.828	29,4	14.532	31,5	22.960	32,2
Não Qualificados	9.873	26,8	6.546	14,2	6.470	9,5
Total	36.775	100	46.181	100	68.288	100

Fonte: Adaptado de Medina (1994:24)

Mesmo com todas estas carências, a pesquisa mostra que se têm desenvolvido várias ações educativas, sob forma de seminários e, desta forma, 86,2% dizem que foram beneficiados com seminários, cursos de curta duração e/ou especialização. No entanto, 60,3% informam ter recebido alguma informação como disciplina isolada no curso de graduação e/ou nos cursos complementares, mas consideram insuficientes e, necessitam mais formação.

É preciso formular políticas específicas que incentivem e propiciem o acesso a novos conhecimentos, dotando o profissional de um arcabouço teórico conceitual para que possa ter capacidade de “por si só” assumir as responsabilidades e poder participar e compartilhar os anseios do desenvolvimento de que tanto se reclama. É preciso estabelecer critérios para uma formação racional dos recursos humanos, onde o Estado invista suficientemente para que o sistema possa usufruir de um capital humano

considerável, com massa crítica bastante renovada e bem capitalizada, que possa fazer jus às necessidades e as demandas dos usuários do sistema de saúde.

Inserção, Manutenção, Desenvolvimento e Definição da Carreira Profissional

Primeiramente, à de se considerar que o processo de inserção e lotação de um profissional no sistema se inicia com a disponibilidade e abertura de vagas no quadro orgânico, que no momento é inexistente no sistema sanitário guineense.

Para a efetivação do processo de inserção e lotação, o Estatuto do Pessoal da Administração Pública - EPAP consagra dos artigos 2º a 63º, isto é desde a constituição da relação Jurídica até à situação de disponibilidade e, nós propomos a sua regulamentação como forma de lei a fim de conjugar a sua aplicabilidade no sistema. A partir do Boletim Oficial nº 9/94 que publica o Decreto do EPAP, ficaram consagradas todas as regras básicas de procedimento na contratação, desenvolvimento e egresso de pessoal na administração pública, mas acontece que esses fatos como algumas coisas careciam de uma regulamentação, muitas orientações emanadas deste principal documento orientador da administração pública guineense caíram em desuso e outros simplesmente foram negligenciados em benefício de alguns e prejuízos da maioria e da própria da administração do governo.

É para fazer valer preceitos deste precioso documento que retomamos esta dimensão da regulação da gestão neste nosso trabalho, cuja inclusão achamos que poderia servir de forma alavancar a utilização de qualquer elemento valioso para a elaboração de uma política coerente, sustentável e realista para os recursos humanos do setor saúde guineense. Assim:

...“na atualidade as técnicas de seleção de pessoal tem que ser mais subjetivas e mais afinadas, determinando os requerimentos dos recursos humanos, acrescentando as fontes mais efetivas que permitam aproximar-se aos candidatos idôneos, avaliando a potencialidade física e mental dos solicitantes, assim como a

sua aptidão para o trabalho, utilizando para isso uma serie de técnicas, como entrevista, as provas psicométricas e os exames médicos.” (Http://www.Monografia.com, 2004:1).

A carreira para os profissionais do sistema de saúde da Guiné-Bissau, como consta do Boletim Oficial - BO nº 33/93, foram definidas e publicadas em Agosto de 1993, mas até a data carece de regulamentação que possibilite a sua implementação.

No entanto, os profissionais de saúde têm sido tratados e considerados como da carreira da Administração Pública, ignorando por todos os efeitos o Boletim Oficial que citamos no parágrafo anterior, o tem prejudicado bastante o bom funcionamento do sistema e o conseqüente bom desempenho dos profissionais alocados neste setor e, que esta medida legal poderia beneficiar.

Como tem acontecido com a carreira da Magistratura Judicial, que foi definido *a posteriori*, cingindo nas prerrogativas dispostas por lei, a partir do decretado no Boletim Oficial citado, acreditamos que a sua regulamentação e conseqüente implementação, após uma atualização considerando a defasagem que possa ser ocasionada pela evolução científica e acadêmica dos possíveis beneficiários, mudaria drasticamente todo o cenário com que temos convivido até então.

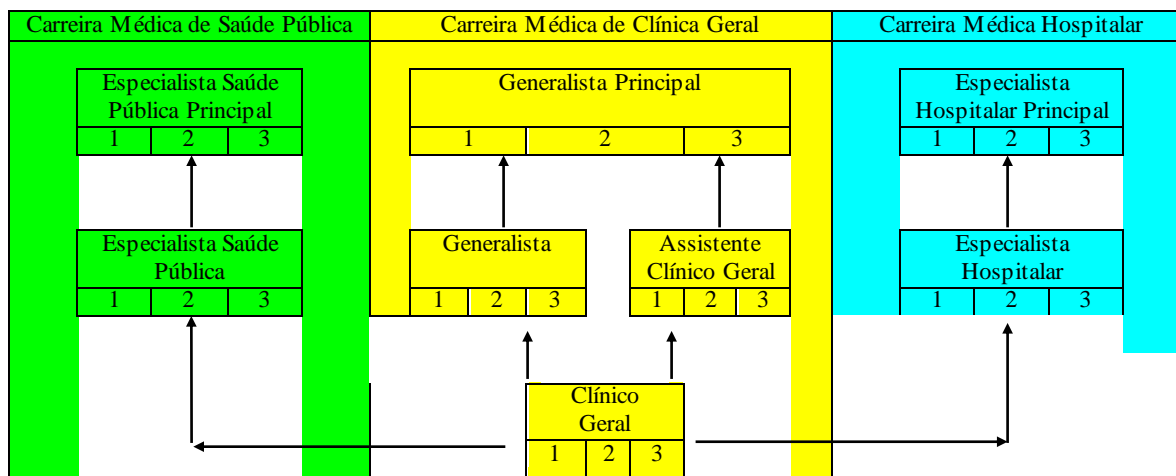
A pesquisa mostra que apesar de conhecer o trabalho executado, somente 52,7% dos técnicos sabem caracterizar carreira profissional. O mesmo ocorre em relação ao conceito de avaliação de desempenho quando apenas 51,6% afirmam ter idéia do que é carreira. Para salvaguardar um desempenho efetivo e eficiente, na tentativa de melhorar a prestação de cuidados e serviços de atendimento, 95,6% dos técnicos condicionam esta problemática à inexistência de materiais e equipamentos, infra-estrutura inadequada, falta de local condigno para os profissionais e evidentemente, o desmotivante sistema de remuneração existente hoje no país. Sobre estágio probatório, 52,7% dos profissionais valorizam sua importância para o sistema de saúde. Mais ainda, 81,3% propõem que o profissional só deverá inserir-se na carreira após o término do estágio probatório.

Ressalta-se que sobre o tema de Manutenção, Desenvolvimento e Definição da Carreira Profissional, os executivos e os gestores não diferem em muito dos técnicos. Vale destacar alguns pontos.

Pode-se constatar que existe uma certa apatia na implementação das carreiras, na medida em que os técnicos não definem com convicção o que pretendem seguir como carreira e, o governo por sua parte nunca se preocupou na sua implementação, posto que implica disponibilização de mais recursos financeiros.

O Decreto que institui as Carreiras Médicas, de Enfermagem e Técnicos de Diagnóstica e Terapêutica, publicado no Boletim Oficial de 16 de Agosto de 1993 e ainda não implementado, prevê no mesmo documento (BO nº 33/93) que “O desempenho de funções médicas nos serviços públicos de saúde é compatível com o exercício de clínica privada, salvo quando se trata de especialidades, e, isto inclui outras categorias. Estas deverão ser exercidas em regime de dedicação exclusiva, cujos critérios serão estabelecidos e oficializados por despacho ministerial”. Por outro lado, os médicos, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnica-científica, especialidade e autonomia financeira, constituem um grupo profissional com particulares responsabilidades no campo de prestação de cuidados de saúde, pelo que a sua intervenção no âmbito dos serviços oficiais deverá ser pautada por um conjunto de regras que enquadrem o seu desempenho, estimulem o aprofundamento dos seus conhecimentos técnicos-científicos e os compensem por uma progressiva responsabilização da sua atuação (BO nº 33/93). Importa, portanto, em estabelecer o regime legal das carreiras médicas, através de um modelo dinâmico e adequado de organização e funcionamento dos serviços e que, paralelamente, abranja um sistema que reconheça as especificidades e exigências próprias da sua atuação, como mostra a Figura 3.

FIGURA 6
CARREIRA ATUAL MÉDICA E DE TÉCNICO SUPERIOR DA SAÚDE PÚBLICA
GUINÉ-BISSAU, 1993

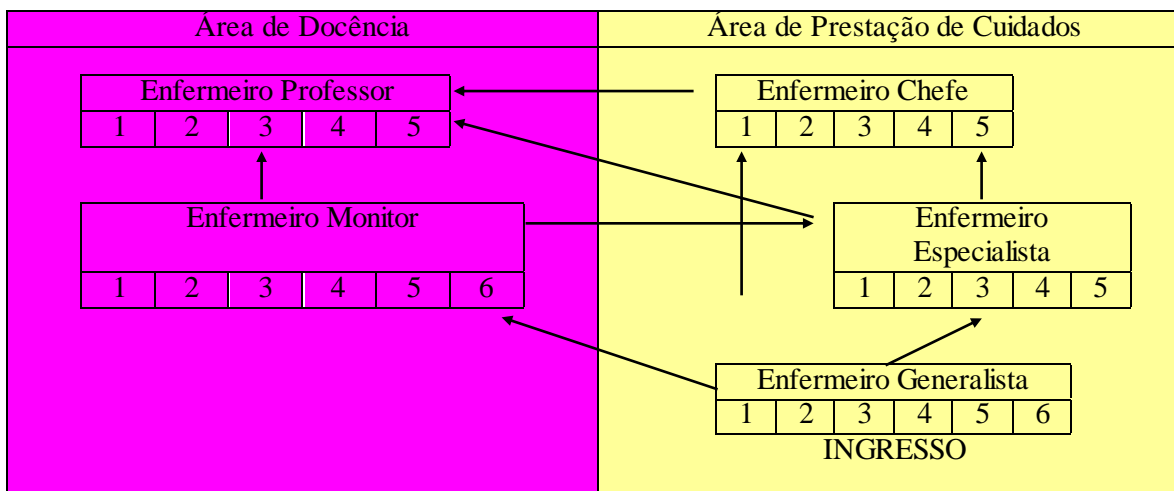


Fonte: Adaptado do Boletim Oficial Nº 9 de Agosto/93

“Com efeito, os progressos técnicos e científicos verificados na profissão de enfermagem, o desenvolvimento do nível de formação exigido, bem como as convenções e as recomendações internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde, impõem um enquadramento da profissão, através da exigência de parâmetros de habilitação de ingresso e de aprofundamento de conhecimentos técnicos, científicos, pedagógicos e de gestão para o acesso nas suas duas áreas: prestação de cuidados e docência.” (BO nº 33/93)

Estas exigências, todavia, não deverão prejudicar as legítimas expectativas de promoção profissional dos atuais enfermeiros auxiliares, sendo-lhes também permitido o acesso na profissão mediante curso de promoção (curso de requalificação para curso médio [curso técnico] a partir da educação continuada), tendo em consideração as carências existentes no campo dos enfermeiros generalistas e das parteiras.

FIGURA 7
CARREIRA ATUAL DE ENFERMAGEM
GUINÉ-BISSAU, 1993



Fonte: Adaptado do Boletim Oficial N° 9 de Agosto/93

QUADRO 6
OUTRO PESSOAL DE ENFERMAGEM E PARTEIRA FORA DA
CARREIRA DE ENFERMAGEM
GUINÉ-BISSAU, 1993

Categorias Profissionais	Escalões					
	1	2	3	4	5	6
Enfermeira Parteira					-	-
Enfermeiro Auxiliar					-	-
Parteira Auxiliar						-

Fonte: Adaptado do Boletim Oficial N° 9 de Agosto/93

No prosseguimento da política do Governo adotada atualmente que incentiva a valorização do profissional da administração pública, entre eles os da saúde, considera-se oportuno estabelecer também regras que enquadrem o exercício da atividade dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, estimulando a qualidade do seu desempenho e reconhecendo, através da aplicação de um adequado sistema de remuneração, a assunção progressiva de maiores responsabilidades e aquisição de conhecimentos técnicos e científicos (BO nº 33/93). Para efeito, tomou-se em consideração, em primeiro lugar, o nível de habilitação legalmente exigido para seu ingresso na carreira; a titularidade de diploma comprovativo da posse de curso profissional com duração de três anos letivos, para cuja frequência é requisito obrigatório a habilitação com 11º ano de escolaridade. (BO nº 33/93). A constituição deste grupo de profissional de Técnicos de Diagnostico e

Terapêutica ficou conformada desta forma conforme o BO nº 33/93: Técnico Dietista; Técnico Fisioterapia; Técnico de Ortopróteses; Técnico de Ortóptica; Técnico de Próteses Dentárias; Técnico de Radiologia; Técnico de Análises Clínicas e de Saúde Pública; Técnico de Anatomia Patológica, Citológica e Tanalógica e Técnico de Farmácia.

Para a implementação dessas carreiras, o governo em conjunto com as associações profissionais e sindicatos devem definir o quadro orgânico que possa satisfazer os anseios de ambos e dos usuários dos serviços disponíveis e prestados nas instituições públicas de saúde, onde o Ministério da Saúde, responsável pela execução da política deve traçar as diretrizes necessárias. A possibilidade de implementação das carreiras profissionais tem sido uma grande discussão em nível das associações profissionais e sindicatos da área da saúde. Neste sentido:

“(...) o auto-conhecimento de como as experiências pessoais e profissionais relacionam-se com seu trabalho atual e futuro para maximizar suas habilidades e comportamentos e atingir seus objetivos de vida.” apontam (Jim & Vito) apud (Carvalho & Nascimento, 2000:234)

Tal afirmação coincide com a premente necessidade da regulamentação e implementação das carreiras nas hostes sanitárias guineenses para no mínimo poder satisfazer a velha e atual reclamação de ser reconhecido, respeitado e bem remunerado os profissionais que laboram na nobre causa de garantir saúde e salvar vidas dos cidadãos guineenses e residentes na pátria de Amílcar Cabral, que assim sonhou ao reclamar a independência do jugo colonial português.

Por outro lado, após a contratação do profissional bem como sua lotação segue a questão da sua manutenção e movimentação dentro do sistema, conforme o EPAP no Artigo 66º e, torna-se uma dimensão estrutural importante na garantia da prestação dos serviços e cuidados aos clientes pelos servidores. Assim:

“(...) a manutenção dos recursos humanos exige uma série de cuidados especiais e de higiene e segurança do trabalho. (...) com o qual a organização brinda os seus participantes, no sentido de mantê-los satisfeitos e motivados e de induzi-los a permanecer na organização e a vestir sua camisa.” (Chiavenato, 2000:361).

Ao abordarmos a problemática da gestão de recursos humanos não podíamos deixar de lado um dos fatores de maior incidência e importância no quadro geral do funcionamento e produtividade da Administração Pública, ou seja, as políticas relacionadas com a motivação dos servidores públicos.

“...a inexistência de uma estrutura nacional de apoio e de acompanhamento do processo de desenvolvimento dos recursos humanos da função pública, implica a ausência de todo e qualquer plano ou regulamentação concernente ao seguimento das carreiras técnicas e de prestação de trabalho. No Estatuto de Pessoal da Administração Pública estão traçadas determinadas normas visando a promoção e ascensão na carreira profissional, mas estas não são respeitadas por razões de ordem burocráticas e pela falta de interesse por parte de certos funcionários dirigentes que as consideram fator de bloqueio a produtividade. A situação torna-se ainda mais grave quando se trata de quadros de categoria sócio-profissional média que são as principais vítimas desta situação...” (Medina, 1994:25).

Portanto, isto nos leva a refletir sobre a situação de depauperação que se possa imaginar a política de salários na Guiné-Bissau.

A pesquisa empírica que realizamos mostra que para os executivos e gestores é a implementação das carreiras uma dimensão “fulcrar” e que a avaliação de desempenho é fundamental, representando 62,1%; no entanto, não se tem desenvolvido no sistema.

O que mais importa é que a maioria reclama a aplicabilidade da avaliação de desempenho, uma vez que já existe apenas como Lei engavetada. Outrossim, 46,6% reafirmaram que não se tem realizado a avaliação de desempenho por despreparo e

negligência dos governos (governança). Em que pese sua importância em termos de valorização profissional, em alguns serviços têm sido realizada, sem, no entanto influenciar no desenvolvimento profissional, utilizada exclusivamente para avaliar os resultados dos serviços programados.

Um outro elemento preponderante na valorização dos recursos humanos do sistema saúde se prende também com a padronização das denominações das profissões, tendo em conta a heterogeneidade das origens das suas graduações e a nossa inserção no mercado de trabalho globalizado.

Realização Profissional

A questão da satisfação profissional foi também um dos objetivos de nossa pesquisa. Partindo do enquadramento profissional, 58,2% se consideram bem enquadrados e 33% mal enquadrados, o que constitui motivo de análises, uma vez que o alto índice de abandono do sistema ou migração para os Organismos Internacionais e ONG's ou para fora do país, como já falamos, em parte para Portugal e Cabo Verde, são questões importantes a serem consideradas na formulação de políticas de Recursos Humanos na construção de indicadores precisos e adequados ao Sistema de Saúde da Guiné-Bissau. Outras razões que se prendem a esta insatisfação quase total ausência de Políticas de RH, tanto em termos remuneratórios como nas oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional, particularmente no que tange à formação e capacitações e treinamentos. A maioria (80,2%) dos técnicos coincide em que, proporcionando residências sociais (moradias próprias financiadas pelo governo), melhores salários, melhores equipamentos, ambiente saudável, segurança social, implementação da carreira e educação continuada garantidas, resultariam em um melhor e maior desempenho profissional. Na perspectiva de desenvolvimento profissional, uma boa parte se sente satisfeito no cumprimento de seu papel social, mas a maioria não se considera socialmente realizado (71,4%), derivado essencialmente dos baixos salários que auferem.

Sem perspectivas imediatas, mas com muito patriotismo e esperança de reverter a situação e poder ser tratados com mais dignidade, respondendo com maior produtividade e melhor prestação de cuidados à população mais carente, apenas 44,8% dos executivos e gestores se consideram motivados. Assim, 87,9% coincidem na necessidade de estruturar programas sociais que possibilitem segurança social não só para o profissional de saúde como também para toda a administração pública. A mesma postura têm-se os gestores e executivos.

Na análise de Medina (1994), dada a escassez de profissionais qualificados com suficiente experiência profissional, o recrutamento, as transferências assim como os métodos de retenção dos quadros experimentados nos seus postos de trabalho são freqüentemente acompanhadas de medidas compensatórias como sejam, atribuição de apartamento, transportes, promoções e promessas de cursos de pós-graduação, mestrado, especialização ou de doutoramento no estrangeiro.

“Cada Ministério tem as suas próprias propriedades as quais são utilizadas com fins de poder outorgar apartamento e casas (ou outros benefícios) aos seus funcionários seletos. Enquanto um Ministério pode conceder alojamento aos seus funcionários de certa categoria, outros não o podem fazer por diferença de recursos e isto influencia o grau de preferência dos técnicos formados em trabalhar neste ou naquele Ministério.” (Medina, 1994:26).

Formulação de Políticas de Administração de Recursos Humanos para o Setor Saúde

Tomando emprestado a concepção de políticas de recursos humanos de Chiavenato, podemos dizer que, políticas de recursos humanos

“são as regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados. Constituem orientação administrativa para impedir que empregados desempenhem funções indesejáveis

ou ponham em risco o sucesso de funções específicas. Assim, políticas são guias para a ação. Servem para prover respostas às questões ou problemas que podem ocorrer com certa frequência, fazendo com que os subordinados procurem, desnecessariamente, seus supervisores para esclarecimento ou solução de cada caso.” (Chiavenato, 2000:157-158).

No nosso entendimento, a formulação de uma Política de Recursos Humanos em Saúde - PRHS, é a definição de linhas mestras a serem contempladas para o cumprimento da execução das demandas sanitárias que são consignados aos profissionais de saúde que atuam neste complexo setor de desenvolvimento social.

Os dados da nossa pesquisa empírica mostram que converge o entre os técnicos a idéia da necessidade de formulação de políticas de recursos humanos para o setor saúde guineense, uma vez que 90,1% acreditam que não só existem essas condições, se não é um condicionante de sustentabilidade do sistema. Igualmente, 64,8%, acreditam que mudaria bastante o panorama atual aumentando o engajamento, a produtividade, a motivação, isto é, garantindo mais formação para dotar os profissionais de novas informações científicas e técnicas.

Carvalho e Nascimento afirmam que, políticas de recursos humanos,

“são as definições dos cargos, salários, treinamento, avaliação, planejamento, carreiras, etc., e, estão subordinadas à filosofia empresarial e devem ser dotadas da necessária flexibilidade, adaptando-se aos objetivos organizacionais” (Carvalho & Nascimento, 1993:9).

Sendo assim, verifica-se que 69,2% dos técnicos apontam algumas sugestões interessantes para a adoção de uma boa política de recursos humanos, que destacamos: a) planos de educação continuada; b) regulamentação das carreiras profissionais; c) política de cargos e salários; d) concurso para preenchimento de qualquer vaga; e) quadros orgânicos próprios para as regiões e as instituições de referência; f) regulamentação da

avaliação de desempenho e dos subsídios de risco e isolamento, pois é entendimento da maioria de que estas podem constituir o fulcro do sucesso de formulação de qualquer política para o sistema sanitário que vise um desenvolvimento coerente para a nação guineense. Seguindo a mesma linha de respostas, 53,8% sugerem que sejam previstas programas de formação profissional, aumento de salário, a garantia dos subsídios, nomeação de quadros capazes para lugares certos e complexos e modificação das estruturas de gestão e assistência que não respondem as demandas atuais, a quando da elaboração do projeto de política de recursos humanos para o setor saúde guineense.

Segundo os executivos e gestores, para uma real e efetiva administração de recursos humanos e financeiros 60,3% acreditam que, só com planejamento de ações formativas, da implementação de carreira profissional, de salários condignos, de benefícios sociais e profissionais, da criação de um quadro orgânico do pessoal e da implementação da avaliação de desempenho, se poderão resolver muitos constrangimentos que têm experimentado o sistema de saúde guineense.

A questão salarial sempre foi um tema relevante para o governo da Guiné-Bissau, no entanto, o que se tem visto na realidade é uma diversificação salarial muito grande e a adoção de formas paliativas não transformando de fato em soluções duradouras e coerentes. Com vistas a tentar resolver as questões de tipo ‘deflagra o fogo’ chame os bombeiros (Medina, 1994:27) interpreta a situação da seguinte maneira:

“As diversas medidas paliativas tomadas no sentido de atenuar a erosão crescente dos rendimentos dos funcionários, nomeadamente o fornecimento do arroz a preços subsidiados, o desagravamento gradual do imposto profissional, a redução de números de efetivos, revelaram insuficientes e não impediram a deterioração contínua do poder de compra dos funcionários públicos. Tem sido agora freqüente ouvir na Guiné-Bissau que ninguém vive apenas do seu salário, querendo com isto dizer implicitamente que, praticamente toda a gente tem outros rendimentos para além dos seus salários. Se de fato isto pode ser verdade para uma minoria de pessoas que tem vindo a encontrar soluções aos seus problemas

no quadro da liberalização econômica através nomeadamente de criação de negócios privados etc., não é menos certo de que, este comportamento tem conduzido a situações pouco desejáveis na função pública e a uma crescente depauperização da grande maioria dos funcionários”.

Os salários da função pública na Guiné-Bissau, além de serem bastante baixos quando comparados com outros países e com o custo de vida do próprio país, tem se deteriorando continuamente ao longo destes anos. Esta deterioração é mais visível quando traduzimos os salários em dólares, fato que se explica pela política de desvalorização contínua da moeda partir de 1984. Nos últimos anos estima-se que os salários dos funcionários públicos degradaram em termos reais em mais de 60%.

Buscando reverter a situação depauperável em que se encontram os funcionários da administração pública em geral, o governo com apoio dos seus parceiros de desenvolvimento, em Julho/2004, elaborou uma nova Tabela Salarial, que no entanto, não obedeceu de antemão a elaboração prévia de uma política salarial, descaracterizando em parte a sua boa vontade de melhorar as precárias condições dos servidores públicos. Apesar de constituir um grande passo e digno de elogios, distorceu todo um trabalho já realizado com vínculo legal como é o caso constante dos Mapas anexos ao Estatuto do Pessoal da Administração Pública, publicado no Boletim Oficial nº 09/94, conforme o decreto nº 12-A/94 de 28 de Fevereiro e, sem ser implementado para avaliar a sua eficácia, foi simplesmente negligenciado e se elaborar um documento pontual sem estrutura de implementação que convença os beneficiários.

QUADRO 7
TABELA DE SALÁRIO DE DEPUTADOS DA NAÇÃO (PARLAMENTARES)
GUINÉ-BISSAU, 2004*

Cargo/Categoria	Vencimento Base	Subsídio (20% Sal. Base)	Vencimento Bruto em XOF
1º Vice-Presidente da Assembléia Nacional Popular	475.000	95.000	570.000
2º Vice-Presidente da Assembléia Nacional Popular	450.000	90.000	540.000
1º Secretário Assembléia Nacional Popular	425.000	85.000	510.000
2º Secretário Assembléia Nacional Popular	400.000	80.000	480.000
Líder de Bancada da Assembléia Nacional Popular	375.000	75.000	450.000
Membro Comissão Permanente da ANP	350.000	70.000	420.000
Presidente Comissão Especializada ANP	325.000	65.000	390.000
Membro Comissão Especializada ANP	300.000	60.000	360.000
Deputado não Profissional	275.000	55.000	330.000

Fonte: Adaptado da Comissão Inter-Ministerial para Elaboração Nova Tabela Salarial da Administração Pública (Julho/04)

*Tabela salarial praticada a partir de Julho de 2004 com base no câmbio de \$USD 1,00/ XOF 550,00

QUADRO 8
TABELA DE SALÁRIO DA FUNÇÃO PÚBLICA
GUINÉ-BISSAU, 2004 *

Cargo/Categoria	Índice	Vencimento Base	Subsídio (20% Sal. Base)	Vencimento Bruto em XOF
Secretário Geral	125	250.000	50.000	300.000
Inspector Geral	113	226.000	45.200	271.200
Diretor Geral	100	200.000	40.000	240.000
Chefe de Gabinete	91	182.000	36.400	218.400
Assessor	63	126.000	25.200	151.200
Diretor de Serviço de 1ª e Técnicos	46	92.000	18.400	110.400
Diretor de Serviço de 2ª e Técnicos	39	78.000	15.600	93.600
Diretor de Serviço de 3ª e Técnicos	33	66.000	13.200	79.200
Chefe de Repartição e Técnicos	29	58.000	11.600	69.600
Técnico Superior	24	48.000	9.600	57.600
Técnico Superior Estagiário	24	48.000	9.600	57.600
Técnico Médio	21	42.000	8.400	50.400
Chefe de Secção	18	36.000	7.200	43.200
Primeiro Oficial	15	30.000	6.000	36.000
Segundo Oficial	13	26.000	5.200	31.200
Terceiro Oficial	11	22.000	4.400	26.400
Aspirante	10	20.000	4.000	24.000
Escriturário Datilógrafo	9	18.000	3.600	21.600
Servente e Auxiliar de Limpeza	8	16.000	3.200	19.200

Fonte: Adaptado da Comissão Inter-Ministerial para Elaboração Nova Tabela Salarial da Administração Pública (Julho/04)

*Tabela salarial praticada a partir de Julho de 2004 com base no câmbio de \$USD 1,00/ XOF 550,00

QUADRO 9
TABELA DE SALÁRIO DE TITULARES DE CARGO POLÍTICO
GUINÉ-BISSAU, 2004 *

Cargo/Categoria	Vencimento Base	Subsídio (20% Sal. Base)	Vencimento Bruto em XOF
Presidente da República	625.000	125.000	750.000
Presidente da Assembléia Nacional Popular	500.000	100.000	600.000
Primeiro Ministro	468.750	93.750	562.500
Presidente Supremo Tribunal de Justiça	468.750	93.750	562.500
Procurador Geral da República	406.250	81.250	487.500
Presidente Tribunal de Contas	406.250	81.250	487.500
Ministro	312.500	62.500	375.000
Secretário Geral	281.250	56.250	337.500

Fonte: Adaptado da Comissão Inter-Ministerial para Elaboração Nova Tabela Salarial da Administração Pública (Julho/04)

*Tabela salarial praticada a partir de Julho de 2004 com base no câmbio de \$USD 1,00/ XOF 550,00

QUADRO 10
TABELA DE SALÁRIO DA SOCIEDADE CASTRENCE (militares e pára-militares)
GUINÉ-BISSAU, 2004 *

Cargo/Categoria	Índice	Vencimento Base	Subsídio (20% Salário Base)	Vencimento Bruto em XOF
Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas	149	298.000	59.600	357.600
Vice-Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas	145	290.000	58.000	348.000
General/Almirante	125	250.000	50.000	300.000
Tenente-General/Vice-Almirante	115	230.000	46.000	276.000
Major-General/Contra-Almirante	106	212.000	42.400	254.400
Brigadeiro-General/Comodoro	100	200.000	40.000	240.000
Coronel/Capitão de Mar e Guerra	88	176.000	35.200	211.200
Tenente-Coronel/Capitão de Fragata	73	146.000	29.200	175.200
Major/Capitão-Tenente	63	126.000	25.200	151.200
Capitão/1º Tenente	53	106.000	21.200	127.200
Tenente/2º Tenente	46	92.000	18.400	110.400
Alferes/Sub-Tenente	33	66.000	13.200	79.200
Sargento Mor	24	48.000	9.600	57.600
Sargento Chefe	24	48.000	9.600	57.600
Sargento Ajudante	24	48.000	9.600	57.600
1º Sargento	24	48.000	9.600	57.600
2º Sargento	18	36.000	7.200	43.200
Furriel/Sub-Sargento	11	22.000	4.400	26.400
1º Cabo	9	18.000	3.600	21.600
Soldado/Marinheiro	8	16.000	3.200	19.200
Soldado Recruta	6	12.000	2.400	14.400

Fonte: Adaptado da Comissão Inter-Ministerial para Elaboração Nova Tabela Salarial da Administração Pública (Julho/04)

*Tabela salarial praticada a partir de Julho de 2004 com base no câmbio de \$USD 1,00/ XOF 550,00

QUADRO 11
TABELA DE SALÁRIO DOS MAGISTRADOS
GUINÉ-BISSAU, 2004 *

Cargo/Categoria	Índice	Vencimento Base	Subsídio (20% Salário Base)	Vencimento Bruto em XOF
Vice-Pres. de Sup. Trib. de Justiça/Proc. Geral da República	149	298.000	59.600	357.600
Juiz Conselheiro/Procurador Geral Adjunto	137	274.000	54.800	328.800
Presidente de Tribunal de Círculo	129	258.000	51.600	309.600
Presidente de Supremo Tribunal de Justiça	121	242.000	48.400	290.400
Juiz Desembargador/Procurador da República	109	218.000	43.600	261.600
Juiz de Direito/Delegado	100	200.000	40.000	240.000
Juiz de Setor Licenciado em Direito	91	182.000	36.400	218.400
Juiz de Setor não Licenciado em Direito	53	106.000	21.200	127.200

Fonte: Adaptado da Comissão Inter-Ministerial para Elaboração Nova Tabela Salarial da Administração Pública (Julho/04)

*Tabela salarial praticada a partir de Julho de 2004 com base no câmbio de \$USD 1,00/ XOF 550,00

Para a categoria médica, um pouco mais organizada, e cuja carreira é mais fácil de regulamentar, propomos como ponto de partida para a discussão a Tabela abaixo, que será, obviamente, aperfeiçoada durante o processo de implementação.

QUADRO 12
TABELA PROPOSTA DE SALÁRIO DE MÉDICOS, PROFISSIONAIS
SUPERIOR E CHEFIAS DE SAÚDE
GUINÉ-BISSAU, 2004 *

Cargo/Categoria	Índice	Vencimento Base	Subsídio (20% Sal. Base)	Vencimento Bruto
Doutor		274.000	54.800	328.800
Mestre		258.000	51.600	309.600
Médico Especialista		242.000	48.400	290.400
Diretor Regional e de Programas		242.000	48.400	290.400
Generalista Principal/Diretores de Serviço		218.000	43.600	261.600
Médico Generalista		200.000	40.000	240.000
Assistente Clínico Geral		186.000	36.000	216.000
Médico Clínico Geral		166.000	33.200	199.200

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004.

*Tabela salarial com base no câmbio de \$USD 1,00/XOF 550,00 (Cfa)

Contribuindo para a construção da política de recursos humanos, 69% dos técnicos propõem introduzir como elementos de análise para o projeto construção desta política, a definição com clareza das seguintes questões: carreiras profissionais, educação continuada, salários condignos, subsídios e a manutenção (fixação) dos profissionais no

sistema (avaliação de desempenho, garantias de seguro social e assistência médica e medicamentosa), definição de formas de ingresso por concurso e de aposentaria (egressos), conforme determinado por Lei. A Avaliação de desempenho foi um dos elementos de destaque tanto para os técnicos como para os gestores, constituindo-se ora em um problema, ora em um instrumento gerencial.

Concordamos com (Carvalho & Nascimento, 2000:242), quando dizem que a Avaliação de Desempenho (AD) é um dos procedimentos básicos que acionam o sistema de recursos humanos, face aos seus objetivos. Neste sentido, os autores consideram que

“Como atividades típicas de controle administrativo, a AD torna-se parte atuante da estratégia gerencial, cujo propósito central é conseguir que os membros da equipe de trabalho orientem seus esforços no sentido dos objetivos da instituição”. ...“ a “AD constitui-se numa série de técnicas com a finalidade de obter informações sobre o comportamento profissional do avaliado durante o seu desempenho no trabalho”.

Nesta perspectiva foi consagrado no EPAP (Artigo 103º) que visa:

- a) a mensuração da qualidade do trabalho do funcionário ou agente, tendo em atenção os conhecimentos e qualidades de que fez prova no exercício das suas funções;
- b) a valorização individual e a melhoria da eficácia profissional, permitindo a cada funcionário e agente conhecer o juízo que os seus superiores hierárquicos formulam quanto ao desempenho das suas funções;
- c) contribuir para o diagnóstico das situações de trabalho com vista ao estabelecimento de medidas tendentes à sua correção e transformação;
- d) detectar a eventual necessidade de ações de formação.

Por fim, outra questão preocupante apontada pelos técnicos, em nossa pesquisa, é a padronização das denominações das nossas categorias profissionais em nível dos

PALOP, CPLP e/ou CDEAO. Apesar da maioria não ter conseguido definir esta questão, deixando muito vago, eles apontam que essa padronização permitiria facilitar as equivalências dos cursos. No entanto, esta questão deverá ser equacionada no futuro dada a relevância dela. Da mesma forma que os técnicos, para a consumação dos pressupostos anteriores 87,9% dos executivos e gestores acreditam que existe necessidade premente e condições ideológicas para formulação de uma política de recursos humanos para o setor.

Implementação de Regras Legais e Normas Éticas

Constitui também motivo de preocupação para o sistema saúde guineense o atendimento que é dispensado ao usuário dos serviços, assim incluímos na nossa pesquisa a visão ética dos prestadores de serviços e cuidados médico-hospitalares aos cidadãos. Dos entrevistados, 82,2% dos técnicos acreditam que esta questão constitui ponto importante para a garantia da qualidade e do bom nome tanto do profissional como da instituição. Para os executivos e gestores, desenvolver uma política consistente de educação continuada, particularmente para os que atuam na área de assistência proporcionaria não só uma mudança na conduta técnica como na mentalidade ética destes profissionais.

A definição clara dos Termos de Referência, a supervisão dos serviços, a implementação de regras e regulamentos de funcionamento dos serviços entre outras questões são preocupações de 87,9% dos executivos e gestores.

Por fim, outra questão que mereceu nossa atenção no estudo, diz respeito ao financiamento do setor saúde na Guiné-Bissau, que influencia muito no planejamento das ações a serem implementadas, incluindo as ações educativas. A pesquisa mostra que 90% do financiamento do setor provem da ajuda externa e ONG's e que somente 10% do Orçamento Geral do Estado, o que é reforçado na opinião da maioria dos executivos e gestores.

Dimensão Estrutural da Implementação de Políticas

Indagados sobre a pertinência da implementação da iniciativa de Bamako no que refere-se aos benefícios traduzidos no desenvolvimento de recursos humanos, apesar de 54,9% dos profissionais acreditarem na sua necessidade, não conseguiram atrelar e analisar os proveitos que Humanos podem auferir da sua implementação, conforme prevista no papel e, que influência poderia trazer na formulação duma Política de Recursos Humanos, isto pode significar a necessidade de mais informações sobre a questão e, multiplicar as ações de sensibilidade através do processo informação, educação e comunicação em saúde.

Por outro lado, é preocupante saber que só 34,5% dos executivos e gestores conseguiram fazer a ligação entre a iniciativa de Bamako e os benefícios que trazem para os recursos humanos, se preocuparam mais e quase exclusivamente em relação aos usuários dos serviços.

Como já falamos no Capítulo IV, Guiné-Bissau conta com apenas um Hospital Nacional de média complexidade com capacidade de 400 leitos, para todas as especialidades, incluindo médico-cirúrgicas. Conta também com 6 Centros de Referência, que não funcionam com toda sua capacidade, e 4 Hospitais Regionais de baixa complexidade com mais de 100 leitos cada. Existem 5 Centros de Saúde do Tipo “A”, para atendimento de pequenas cirurgias de urgência; 4 Centros de Saúde do Tipo “B” Urbano, para atendimento dos cuidados primários e com até 6 leitos de observação de 24 horas; 9 Centros de Saúde do Tipo “B” Rural, para atendimento dos cuidados primários e com 2 ou 3 leitos de observação de 24 horas, 15 Centros de Saúde do Tipo “C” Urbano, para atendimento dos cuidados primários. Conta ainda com 70 Centros de Saúde do Tipo “C” Rural, para atendimento dos cuidados primários; 10 Centros de Saúde do Tipo “C” Bijagós (centros de saúde que se encontram nas ilhas), para atendimento dos cuidados primários e com 2 ou 3 leitos de observações de 24 horas ou mais; 35 Postos de Saúde, todos pertencentes ao Sistema Público. O país ainda possui 650 Unidades de Saúde de

Base de natureza comunitária e geridas por Agentes e Parceiras Comunitárias da própria comunidade à base de quotizações.

De um modo geral, estas unidades de saúde carecem de quantitativo de profissionais adequado e até mesmo, carecem de profissionais qualificados para a atividade desempenhada. A carência de pessoal é grande e atinge todas as categorias profissionais, o que levou o Governo em 1990, a emitir uma autorização, através de um despacho com o Primeiro Ministro, que permitia a abertura de consultórios médicos individuais e coletivos, gabinetes de odontologia e postos de enfermagem privados, sujeitos ao controle do Ministério da Saúde Pública. Contudo, o próprio Ministério tem tido dificuldades em coordenar estas atividades privadas, razão pela qual não dispomos de dados confiáveis que indiquem o número de estabelecimentos ou a localização desses serviços e, muito menos as categorias profissionais envolvidas nestas atividades. No entanto, empiricamente constata-se uma proliferação de clínicas e farmácias privadas na capital do país. Vale ressaltar que na pesquisa que realizamos aponta para uma crítica negativa à estes serviços privados, que não têm contribuído de forma cooperativa no atendimento à população, diferentemente da medicina tradicional que, pela sua própria tradição, desenvolve suas atividades de forma complementar e cooperada em prol da população.

As práticas de saúde não estão regulamentadas, apesar da sua liberação desde a primeira metade da década de 90 como formas da categoria médica “compensar ou resolver” o *déficit* salarial muitíssimo precário, pago pela Administração Pública, que ainda persiste como principal empregador até o momento.

Apesar da falta de regulamentação, da inspeção sanitária e da falta de coordenação, 70,2% consideram bom o papel que as medicinas tradicionais, praticadas pelos curandeiros, vem prestando no preenchimento de lacunas do sistema, fruto das carências financeiras e técnicas que nos são impostas. Quanto a medicina privada, praticada pelos profissionais liberais e clínicas particulares, 68,1% dos técnicos acreditam que ela veio para “tapar algum buraco”, ou seja, que tem servido de complemento

lucrativo e não para compensar carências técnicas em matéria de especialização que falta ao setor público. Na visão dos executivos e gestores, 74,1% acreditam que pode ser um grande parceiro se regulamentado.

No concernente a reestruturação dos serviços de plantão, disponibilidade dos equipamentos, capacitação dos profissionais que prestam serviços de emergência, a compensação dos mesmos e, sobre os subsídios e/ou salários diferenciados para os profissionais de saúde que trabalham em situações de risco e isolamento, 46,2% reclamam da precariedade destas questões e propõe um aumento substancial em função das especificidades de cada serviço prestado e do grau e local de risco e isolamento.

Partindo da premissa que, para funcionar o sistema de saúde como todo, cabe ao Ministério da Saúde a condução, estruturação e formulação das políticas e estratégias de saúde, conducentes com as necessidades da população. Desta forma, o Ministério precisa estar equipado com estrutura, infra-estrutura e pessoal apto para este fim. O Ministério precisa se modernizar, se adequar às essas novas exigências gerenciais e dotar sua máquina de insumos adequados para sua missão

A estrutura do Ministério existente hoje se apresenta inadequada, com órgãos e funções não operativas. Por exemplo, a Direção de Serviços Hospitalares (DSH), está sem função definida; o Departamento de Serviço de Contencioso (S. Cont.), não funciona, pois não tem um responsável pelas atividades bem como o Departamento não tem funções definidas, (Organograma Central). Assim, objetivando estruturar mais adequadamente o Ministério, propomos dois modelos alternativos de organogramas (Organograma Proposto A e Organograma Proposto B), que nos parece mais adequado à realidade do sistema de saúde. Para as Regiões Sanitárias, tem-se um organograma, que no entanto, também estamos propondo um alternativo (Organograma Proposto C), partindo dos mesmos argumentos.

Figura 8
ORGANOGRAMA CENTRAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

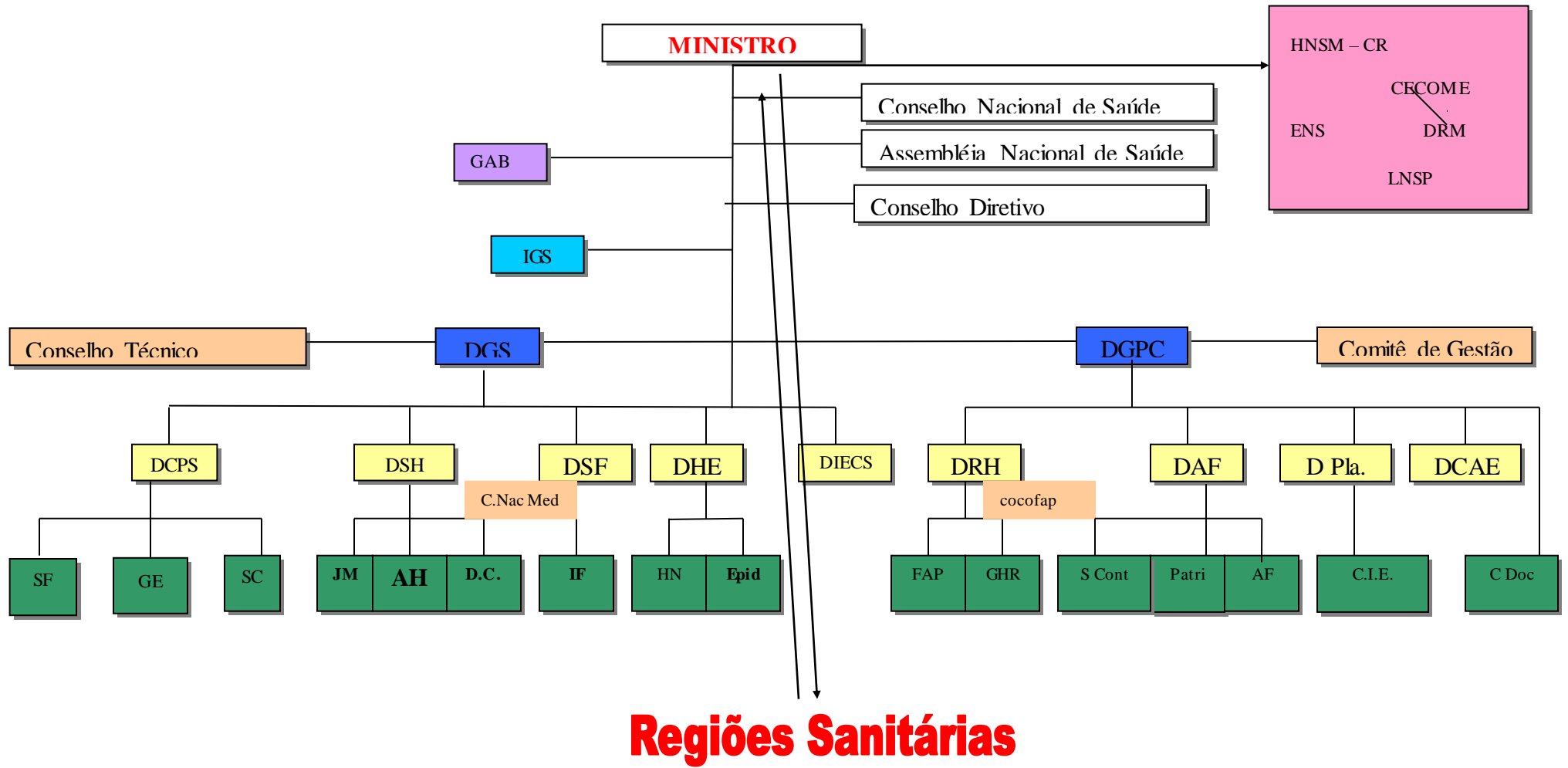


Figura 9
ORGANOGRAMA (PROPOSTA A)

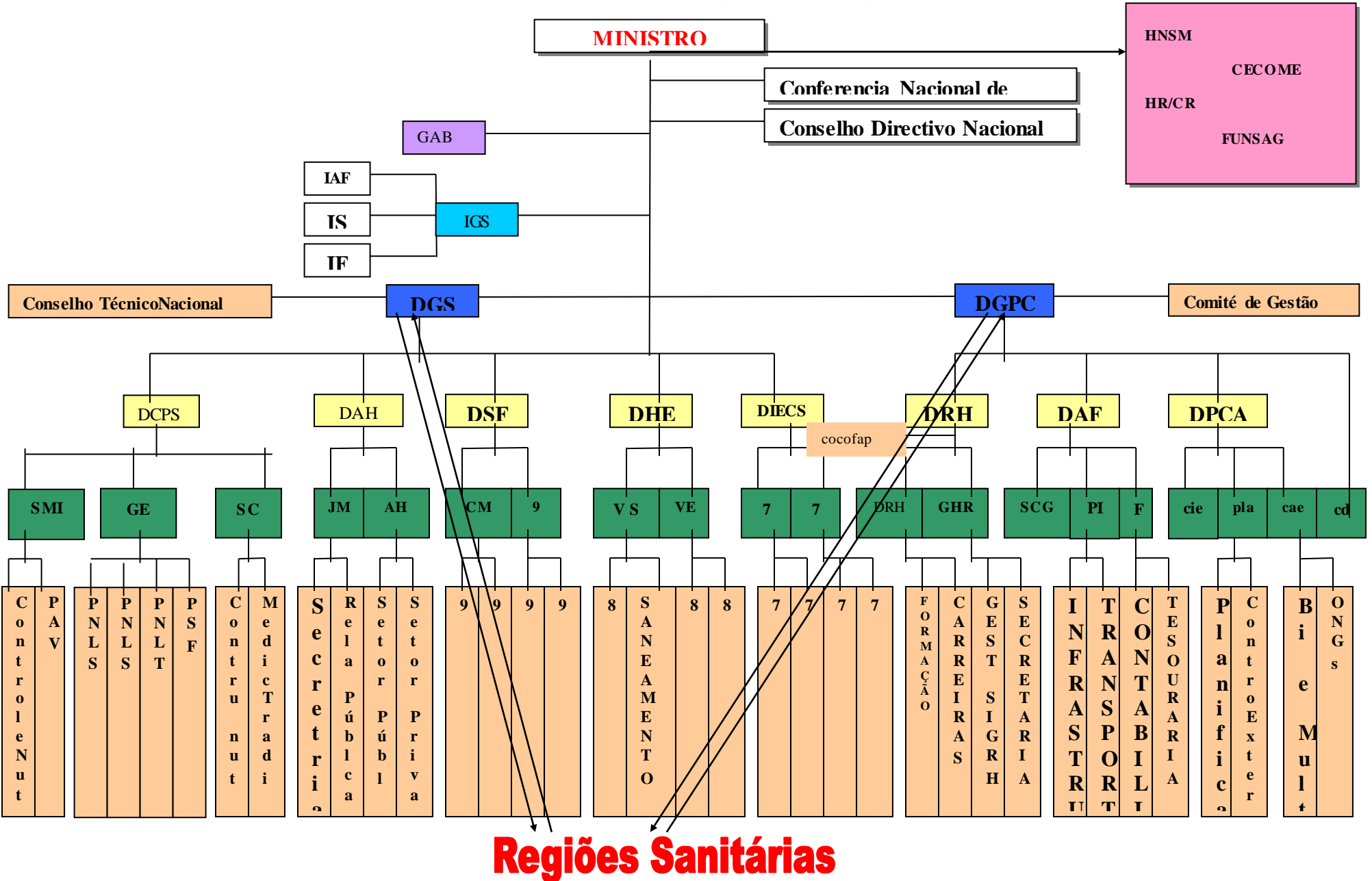


Figura 10
ORGANOGRAMA (PROPOSTA B)

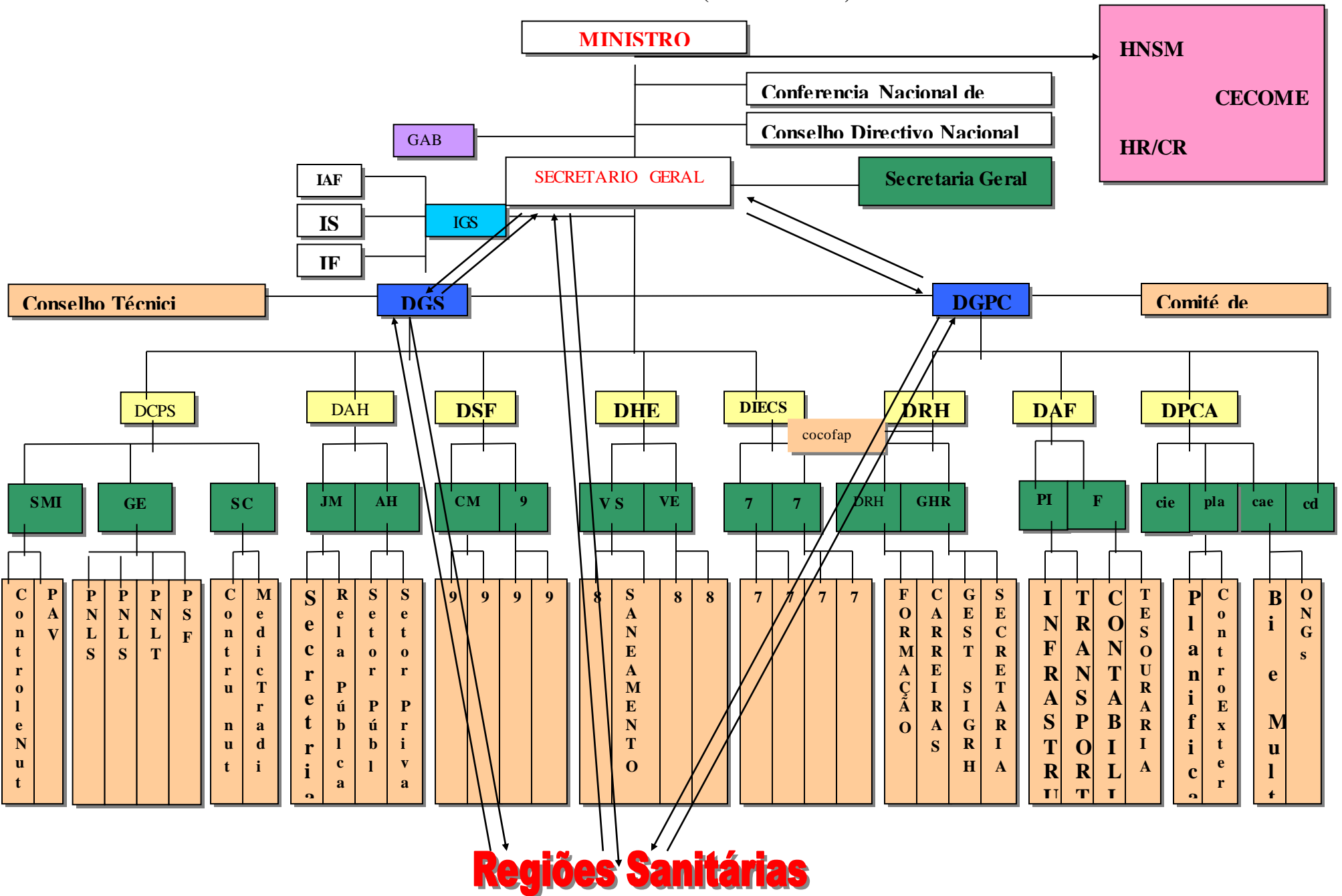


Figura 11

ORGANOGRAMA DAS REGIÕES SANITÁRIAS

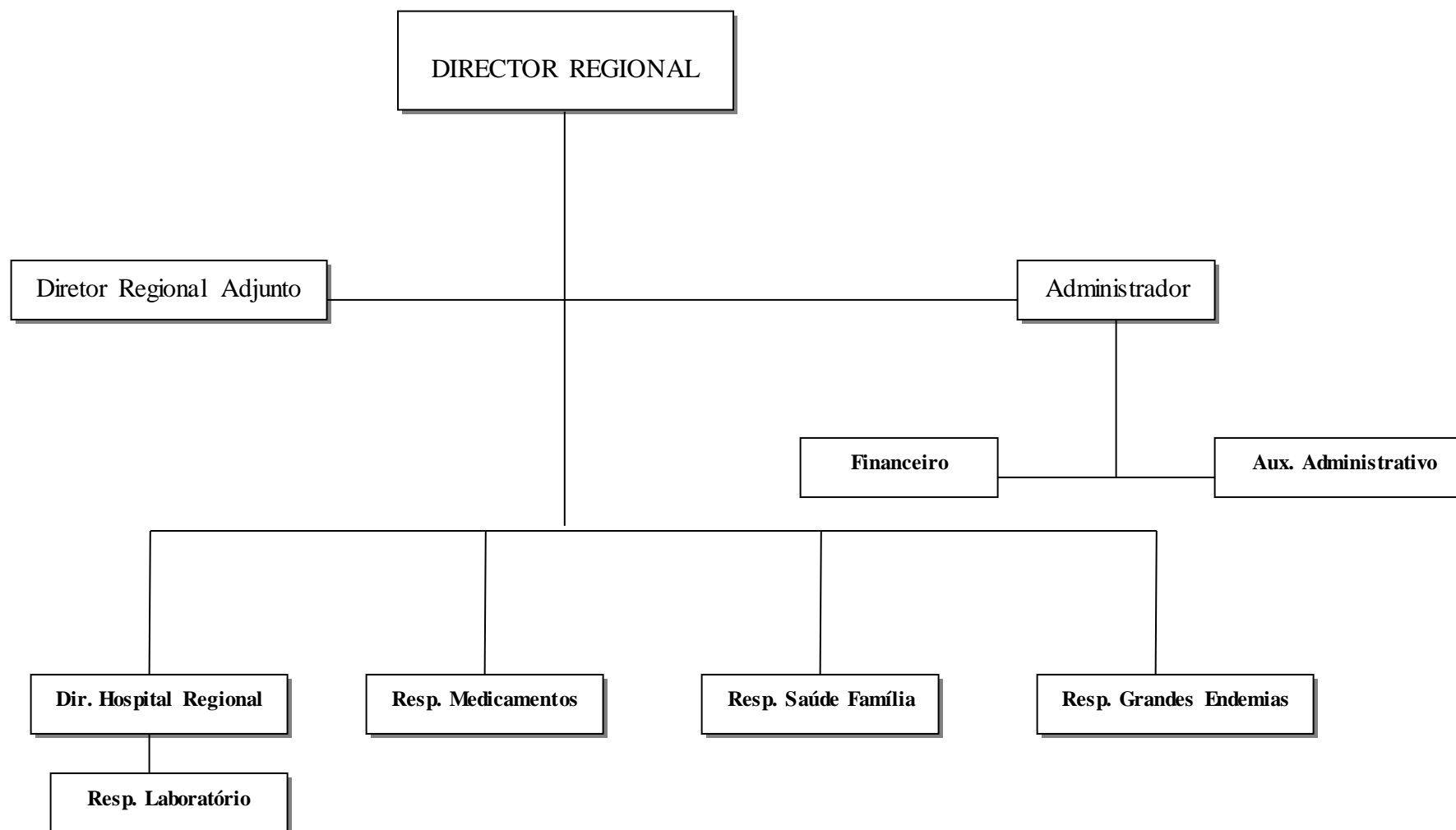
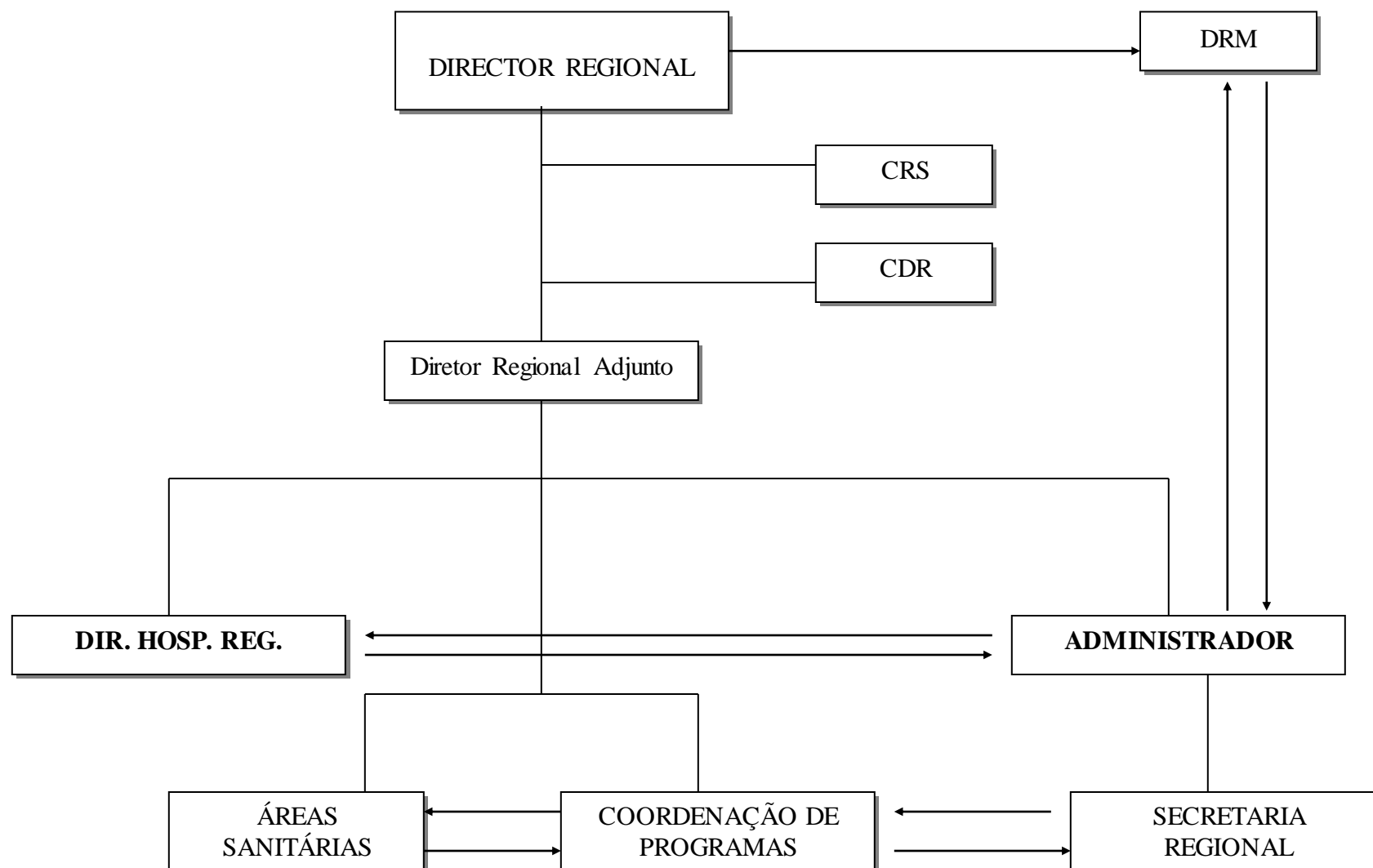


Figura 12

ORGANOGRAMA (PROPOSTA C)



Pode dizer-se que a Direção de Recursos Humanos está ainda funcionando “a reboque” de outros departamentos ou de incidentes críticos e que o atual esforço de organização é fundamental a implementação das suas atribuições, normalizarem o seu funcionamento e as respectivas ligações funcionais. A pesquisa empírica que realizamos converge nesta direção, da necessidade de se ter uma estrutura organizacional com ênfase na importância de Recursos Humanos, como área prioritária e estratégica.

Por fim, para facilitar o entendimento, apresentamos a seguir, os Quadros 13 e 14, que resumem as respostas dos técnicos, executivos e gestores sobre Políticas de Recursos Humanos de Saúde da Guiné-Bissau.

QUADRO 13
RESUMO DAS RESPOSTAS DOS TÉCNICOS
GUINÉ-BISSAU, 2004

Variáveis	%
Formação Complementar	89
Gostaria Beneficiar de Educação Continuada	49,5
Formas de Educação Continuada	☺ Formação em Serviço ☺ Cursos de Curta Duração ☺ Seminários Dirigidos por Colegas
Conhecimento do Conceito de Carreira	52,7
Conhecimento do Conceito de Avaliação de Desempenho	51,6
Importância do Estágio Probatório	52,7
Definição da Carreira pós Estágio Probatório	81,3
Importância da Formulação de Política de Recursos Humanos para a Saúde	90,1
Têm sugestões para formulação de Política de Recursos Humanos	69,2
Vantagens da Iniciativa de Bamako para desempenho de Recursos Humanos	54,9
Contribuição Positiva da Medicina Tradicional (curandeiros)	70,2
Contribuição Positiva da Medicina Privada	68,1
Organização dos Serviços de Plantão (Vela) e melhoria do seu pagamento	46,2
Bem enquadrado Profissionalmente	58,2
Garantias Laborais para bom desempenho	☺ Melhores Equipamentos ☺ Ambiente de trabalho saudável ☺ Segurança social ☺ Implementação Carreira, formação
Grau de Insatisfação Social	71,4
Opinião negativa sobre segurança social e saúde do trabalhador	87,9
Propostas de mudança de conduta profissional	☺ Formação em matéria de ética ☺ Sensibilização ☺ Melhoria de condições habitacionais ☺ Melhoria e pagamento de salário
Conhecimento do Conceito de Ética Profissional	65,9
Necessidade de formulação e implementação de política de Planos de Cargos e Salários	50,6
Conhecimento das Regras Legais que amparam os profissionais	42,9

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004

QUADRO 14
RESUMO DAS RESPOSTAS DOS EXECUTIVOS E GESTORES
GUINÉ-BISSAU, 2004

Variáveis	%
Conhecimentos de suas funções	74,1
Formação Complementar	86,2
Gostaria Beneficiar de Educação Continuada	32,8
Preparação em Administração de Recursos Humanos e Financeiros	39,7
Formas de Educação Continuada	☺ Formação em Serviço ☺ Cursos de Curta e Longa Duração
Conhecimento do Conceito de Carreira	67,2
Conhecimento do Conceito de Avaliação de Desempenho	62,1
Importância e necessidade do Estágio Probatório	62,1
Definição da Carreira pós Estágio Probatório	94,8
Importância da formulação de Política de Recursos Humanos para a Saúde	☺ Planejamento de ações formativas ☺ Implementação de Carreiras ☺ Salário Condigno ☺ Avaliação Desempenho profissional
Necessidade de Padronização das Denominações das Profissões	☺ Facilita Equivalências de Curso com outros países
Sugestões para formulação de Política de Recursos Humanos para a Saúde	☺ Definição de Carreiras ☺ Formulação de política de cargo e salário ☺ Garantia de subsídios
Vantagens da Iniciativa de Bamako para desempenho de Recursos Humanos	34,5
Contribuição Positiva da Medicina Tradicional (curandeiros)	77,6
Contribuição Positiva da Medicina Privada	74,1
Organização dos Serviços de Plantão (Vela) e melhoria do seu pagamento	65,5
Bem enquadrado Profissionalmente	56,9
Garantias Laborais para bom desempenho	☺ Melhores Equipamentos ☺ Concurso p/ preenchimento de vagas ☺ Melhoria ambiente trabalho ☺ Segurança social ☺ Implementação de Carreira
Grau de Insatisfação Social	50
Opinião negativa sobre segurança social e saúde do trabalhador	89,7
Propostas de mudança de conduta profissional	☺ Formação em matéria de conduta ☺ Definição de TDR ☺ Implementação de Supervisão, Corretivos e Louvores ☺ Melhoria e pagamento de salário
Conhecimento do Conceito de Ética profissional	79,3
Necessidade de formulação e implementação de política de Planos de Cargos e Salário	60,3
Conhecimento das Regras Legais que amparam os profissionais	43,1
Conhecimento de como se financia o funcionamento do setor saúde	67,2

Fonte: Pesquisa empírica, Julho 2004.

CAPÍTULO VII RECOMENDAÇÕES FINAIS

Ao longo do nosso trabalho mostramos que a Guiné-Bissau é um país de enormes carências, desde os aspectos técnicos até os aspectos que envolvem a estrutura e organização dos serviços em geral. A Saúde, como setor de proteção social, sensível à essas diversidades, assume e experimenta ainda mais as conseqüências: falta de hospitais, de ambulatórios, escassez de equipamentos, de medicamentos e certamente, de profissionais de saúde. Ao longo deste trabalho mostramos que o Sistema de Saúde Guineense não dispõe de instrumentos gerenciais eficientes para gerir seus recursos humanos e que a ausência de políticas adequadas nesta área tem resultado na grande carência de profissionais de saúde, que, em boa medida, acabam migrando para outras terras, deixando sua própria terra sem seu trabalho e experiência. Mostramos também que o Sistema Formativo do país é extremamente deficitário gerando distorções e lacunas graves, não só na saúde como na maioria absoluta dos setores essenciais que o Estado deveria estar presente prestando serviços à população.

Nossa intenção ao realizar este estudo foi exatamente buscar entender, formular e propor saídas coerentes, factíveis e sustentáveis no que tange a Recursos Humanos em saúde. Este estudo, além de cumprir com as exigências da Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, marcará, sem dúvida, de forma transcendental e representará uma ruptura com o modelo ultrapassado herdado do colonialismo e adaptado ao estilo da economia planificada na Guiné-Bissau. Vem mostrar a necessidade do pragmatismo para instaurar um modelo no qual os Recursos Humanos serão o início, o meio e o fim de toda uma sustentabilidade de uma sociedade em prol da sua população e do desenvolvimento harmonioso das instituições e, conseqüentemente, do país. A sustentabilidade que esta nossa proposta pode trazer ao sistema, vislumbra um panorama encorajador para assegurar aos nossos profissionais dias melhores com mais segurança e perspectiva. Um panorama que vislumbra motivar ainda mais e melhor a produtividade e a qualidade da prestação de cuidados aos utentes dos serviços públicos. A necessidade da consagração no Orçamento Geral do Estado de um capítulo de **Desenvolvimento dos Recursos Humanos** é algo urgente e pertinente na medida que

desejamos incentivar e desenvolver o processo de desenvolvimento Tecnológico e Científico próprio em nosso país. Com uma particular ênfase, esta necessidade se faz sentir no sistema sanitário se levarmos em consideração a velocidade com que a ciência vem incorporando novos conhecimentos à Medicina e ao Sistema de Saúde como um todo. Sendo o homem o fulcro do desenvolvimento, urge investir nele e, ao mesmo buscando utilizá-lo o máximo possível, no bom termo da palavra. A racionalização na absorção dos profissionais de saúde é algo imprescindível para um sistema como o da Guiné-Bissau, onde a sustentabilidade financeira depende em quase 90% do apoio de parceiros internacionais e, no aspecto de formação, por carência de instituições formadoras no país. Assim sendo, o investimento não será somente versado na formação para o exterior senão a nível interno criando instituições de formação, adquirindo equipamentos e melhorando o sistema de incentivo.

Da mesma forma torna-se fundamental e deveras urgente iniciar a discussão nacional para formulação de regras que visem a regulamentação e implementação de carreiras profissionais, de regulamentos de transferências e de critérios e parâmetros técnicos para o preenchimento de vagas para o Quadro de Pessoal do Sistema de Saúde, bem como, rediscutir o próprio perfil do quadro existente hoje na saúde, propondo leis próprias pra este fim. A elaboração de políticas e planos de formação consistentes e coerentes ajustadas às necessidades a curto, médio e longo prazo, a formulação, a aprovação e a implementação da Lei Orgânica e do Quadro de Pessoal, bem como a adaptação do Organograma estabelecido em Lei e a real necessidade do sistema, constituirão elementos fundamentais para constituição de um Projeto Nacional de Políticas de Recursos Humanos em Saúde.

Impõe-se discutir em fóruns próprios a proposta de uma política salarial para todo o pessoal da saúde, do preenchimento das vagas por concurso público, fortalecendo assim o sistema administrativo do país.

Não só o curso que freqüentamos e que ora finalizamos, como também nas nossas leituras nos permitiu cimentar nossas idéias e o conhecimento de diferentes linhas e

correntes de análise das políticas de recursos humanos tanto de âmbitos regionais como internacional. Saímos com a certeza que a questão de recursos humanos é uma questão estratégica.

Sabemos, no entanto que a situação não só na Guiné-Bissau como no mundo em geral, a questão de recursos humanos é ainda problemática e em muitos países, configura-se na verdade, em uma crise. Essa crise mundial dos recursos humanos é resultante, ou por negligência dos governos, ou por ignorância ou simplesmente por esquecimento conforme se tem analisado os acontecimentos e as circunstâncias e o teatro dos debates onde se têm realizados. Esta crise se tem acentuado com maior ênfase no continente africano onde se tem debatido com grandes déficits de recursos humanos no setor saúde nas últimas décadas, por motivos que se prendem a migração dos profissionais, essencialmente para Europa, onde existem maior possibilidade, tanto de realização profissional como social. Pois a Guiné-Bissau não escapa esta crise cujas análises das menos realistas possíveis, demonstram que esta crucial área de prestação de serviço social tem deparado com ausências de uma política conseqüente e clara para alavancar o seu funcionamento e, pôr termo às tantas avalanches que têm apoquentado este setor nevrálgico guineense.

Muito tem a ser feito nesta área, como afirma Machado (2000:142):

“o século XXI impõe grandes desafios em todas as esferas da sociedade, nos campos da ciência, da economia, da política ou no campo social. O desafio do setor saúde será esclarecer e superar alguns mitos, na construção de uma agenda que formule políticas de recursos humanos para este setor de prestação de serviços”.

Sendo assim, e amparado pela nossa experiência e neste estudo por nós realizado, é que propomos algumas ações e estratégicas para melhorar o funcionamento do setor de saúde na Guiné-Bissau:

- Elaborar e implementar a Lei Orgânica do Ministério da Saúde;
- Criar Quadro Orgânico (quadro de pessoal) do Ministério da Saúde;
- Criar quadros orgânicos autônomos das regiões sanitárias e das instituições prestadoras de cuidados diferenciados;
- Adaptar o Organograma do Ministério da Saúde à Lei Orgânica estabelecida por Decreto Governamental e a realidade estrutural do sistema saúde guineense;
- Atualizar o Plano de Carreiras introduzindo novas Profissões que vem sendo incorporados no sistema;
- Regulamentar e implementar as carreiras profissionais de saúde;
- Regulamentar e implementar a Avaliação de Desempenho;
- Promover concursos promocionais a cada dois (2) anos;
- Elaborar e Implementar Regulamento de Concurso para preenchimento das vacaturas;
- Implementar os preceitos estabelecidos no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, no que tange à redefinição, redistribuição e lotação dos Recursos Humanos;
- Elaborar um Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos mais coerente e realista;
- Recriar, reordenar e reorganizar os Serviços de Vela (Plantão) Médica e de Enfermagem;
- Regulamentar e Implementar o pagamento de Subsídios de Isolamento, Risco (Insalubridade) e de Cargos;
- Redimensionar (em grupos por similaridade de funções profissionais) a denominação das Categorias Profissionais de modo a reduzir as nomenclaturas existentes que ultrapassam a 70, hoje;
- Negociar acordos sócio-culturais com todos os membros da CPLP e CDEAO no que respeita a creditações cruzadas (equivalências dos diplomas de creditação dos cursos profissionais – isto deve ser resolvido em parceria com o Ministério da Educação Nacional);

- Estudar e propor um Projeto de Aposentadorias Antecipadas, com direitos sociais assegurados, para todos aqueles profissionais cujo nível de escolaridade não condizem com as aspirações e ambições do Ministério da Saúde no que concerne ao bom desempenho profissional;
- Retornar a Escola Nacional de Saúde no Ministério da Saúde com a criação da Fundação Nacional da Saúde da Guiné-Bissau que albergaria todos os centros de formação e pesquisa em saúde, salvo o curso de graduação em medicina. Com o retorno da Escola Nacional de Saúde, criar nesta instituição de um Observatório para os Recursos Humanos em Saúde, que se ocuparia em pesquisar e planejar tudo sobre esta matéria.

Para fazer face à determinadas particularidades que não foram consagradas no Estatutos do Pessoal da Administração Pública, nós acrescentaríamos como proposta a aposentadoria precoce para os que trabalharem nos locais isolados por mais de 15 anos, de forma voluntária ou quando atingirem para homens 55 anos e mulheres 50 anos.

O trabalho que ora apresentamos, foi produto de uma observação atenta dos preceitos e fatores que têm condicionado todo o sistema gerencial dos recursos humanos, não só no setor saúde, mas também em todo sistema administrativo público.

O trabalho é resultante da produção de uma visão acadêmica, mas isto não deve condicionar a nossa proposta, pois analisados os fatos que condicionam a sustentabilidade de um desenvolvimento coerente e harmonioso das instituições e do país, aos nossos governantes, este poderá servir como documento de reflexão que retrata a situação vigente no respeitante à gestão dos recursos humanos, essencialmente no sistema sanitário guineense.

Nesta perspectiva, sem induzir a nada e a ninguém, propomos aos governantes, às Associações profissionais, aos Sindicatos e a Sociedade Civil em geral a aceitação deste trabalho como um documento que possa orientar o vislumbrar de um horizonte claro do

que temos e para projetar o que queremos realizar a curto e médio termo na matéria de Política de gestão de recursos humanos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. 2001. Regime Jurídico Único, Lei nº 8.112/90, 3ª Edição, Revista e Atualizada. Rio de Janeiro.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Organização Pan-americana da Saúde/OMS. 1999. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHS. Natal: Núcleo de Estudos em Ciências Sociais, Universidade Federal de Rio Grande de Norte.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Organização Pan-americana da Saúde/OMS. 2002. Arvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS. Brasília, D.F.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Organização Pan-americana da Saúde/OMS. 2002. Política de Recursos Humanos. Seminário Internacional. Brasília, D.F.

BRASIL, Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde. 1989. Diretrizes para Formulação de Políticas de Recursos Humanos. Secretaria Geral, Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. Outubro de 2001. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: Concepção, Seleção e Lotação de Equipes. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília.

BRASIL, OLIVEIRA, Cláudio Brandão (Organizador). 2002. Constituição da Republica Federativa, versão atualizada. Roma Victor Editora, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2002. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes. Conselho Nacional de Saúde, Relatório aprovado pelo plenário, 1ª Reimpressão. Brasília, DF.

CARREIRA, Antonio. 1952. A Educação dos Indígenas Africanos pela Administração Local. Boletim Cultural nº 29, Bissau.

CARVALHO, Antonio Vieira & **NASCIMENTO**, Luiz Paulo. 2000. Administração de Recursos Humanos, Volume I, 5ª Tiragem. Editora Pioneira, São Paulo.

CARVALHO, Antonio Vieira & **SERAFIM**, Oziléa Clen Gomes. 2000. Administração de Recursos Humanos, Volume II. Editora Pioneira, São Paulo.

CHIAVENATO, Idalberto. 2000. Recursos Humanos, Edição Compactada, 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas A.S.

CUNHA, Silva. 1960. A Evolução Política do Ultramar Francês e a África Ocidental (1945-1958). Boletim Cultural nº 57, Bissau.

DAL POZ, Mário Roberto. 1996. Entre o Prescrito e o Realizado: Estudo Sobre a Implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e Sua Repercussão na Política de Recursos Humanos em Nível Municipal. ENSP/FIOCRUZ: Tese apresentada com vista à obtenção do Título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

DUARTE, Fausto. 1950. Guiné Portuguesa. A influencia política, social e econômica dos Regimentos na formação da Colônia. Boletim Cultural nº 18, Bissau.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Maio/1995. Estatutos dos Funcionários Públicos Cíveis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, Reimpressão. Imprensa Oficial do Estado, Niterói.

FARO, Jorge. 1957. A Historia da Administração Ultramarina Portuguesa: Considerações Genéricas. Boletim Cultural nº 47, Bissau.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 1999. Novo Aurélio Século XXI. O Dicionário da Língua Portuguesa, 4ª Impressão. São Paulo: Editora Nova Fronteira.

GUINÉ-BISSAU, Conselho de Ministros, Agosto/1993. Carreiras Profissionais de Saúde. Boletim Oficial nº 33: Decretos nºs 38, 39 e 40/93, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Conselho de Ministros, Fevereiro/1994. Estatutos de Pessoal da Administração Pública. Boletim Oficial nº 9: Decretos nº 12-A/94, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Ministério da Reforma Administrativa, Função Publica e Trabalho. Junho/1993. O Estado e Administração Pública. Gabinete da Reforma Administrativa, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Ministério da Saúde Publica. 1997. Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde. Direção dos Recursos Humanos, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Ministério da Saúde Publica. 1997. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002. Direção Geral de Planificação e Cooperação, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Ministério da Saúde Pública. Janeiro/03. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, atualizado 2003-2007. Direção Geral de Planificação e Cooperação, Bissau.

GUINÉ-BISSAU, Secretaria de Estado da Reforma Administrativa e Função Pública. Novembro/1998. Reflexão sobre a Função Pública. Bissau.

GUINÉ-BISSAU. 1994. Constituição da República. Imprensa Nacional, Bissau.

HINTZE, Jorge. Setembro/2001. Los Salários como Radiografia de la Política de Recursos Humanos. Ponência no Primeiro Congresso Argentino de Administração Pública. Rosário.

JOHNSON, Allan G. 1997. Dicionário de Sociologia. Guia Prático da Linguagem Sociológica. Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro.

LINDBLOM, Charles E. 1980. O Processo de Decisão Política. Editora Universidade de Brasília, Brasília, D.F.

MACHADO, Maria Helena. 2000. Gestão do Trabalho em Saúde no Contexto de Mudanças. Revista da Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

MACHADO, Maria Helena. 1996. Os Médicos e sua Prática Profissional: As Metamorfoses de uma Profissão. Instituto Universitário de Pesquisas de Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, Rio de Janeiro.

MARRAS, Jean Pierre. 2002. Administração de Recursos Humanos. Do Operacional ao Estratégico, 5ª Edição. São Paulo: Editora Futura.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. 2000. Teoria Geral da Administração. Da Escola Científica à Competitividade na Economia Globalizada. Segunda Edição. Editora Atlas S.A., São Paulo.

MEDINA, Nelson Carlos. 1994. Reforma Administrativa na Guiné-Bissau: Interpretação dos Impasses e Proposta de Novas Estratégias, Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração Pública. FESP/RJ, Rio de Janeiro.

MILACO, Pedro Morato. 1999. Administração Pública, Retoma do seu Funcionamento. Bissau.

MORGAN, Gareth. 1996. Imagens da Organização. Editora Atlas S.A., São Paulo.

MOTTA, Fernando C. Prestes. 1995. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. 19ª Edição. Livraria Pioneira Editora, São Paulo.

MOTTA, Paulo Roberto. 1997. Transformação Organizacional. A Teoria e a Prática de Inovar. Qualitymark Editora Ltda, Rio de Janeiro.

NEGRI, Barjas, **FARIA**, Regina & **VIANA**, Ana Luiza D'Ávila (Coordenadores). Grupo de Autores. 2002. Recursos Humanos em Saúde. Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. UNICAMP-IE/NEPP, Campinas.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. 2000. Observatório de los Recursos Humanos de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS, Washington, D.C.- OPS.

PASSOS, Roberto Nogueira (Coordenador), OPAS-MS. 2002. Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde. Edição OPAS.

LISTA DAS TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

- Tabela 1** – Universo Pesquisado, Guiné-Bissau, 2004
- Tabela 2** – Quadro Geral dos Profissionais participantes da pesquisa, Guiné-Bissau, 2004
- Tabela 3** – Distribuição das Estruturas Sanitárias por Tipo e Nível de Gestão, Guiné-Bissau, 1996
- Tabela 4** – Distribuição das Estruturas Sanitárias por Tipo e Nível de Gestão, Guiné-Bissau, 2003
- Tabela 4.1 a 4.6** – Distribuição de Centros de Saúde e Lotação Mínima de Recursos Humanos, Guiné-Bissau, 2003
- Tabela 5** – Principais Categorias Profissionais de Saúde a Nível Nacional, Guiné-Bissau, 2003
- Tabela 6** – Principais Categorias Profissionais por Estruturas Sanitárias no Nível Central, Guiné-Bissau, 2003
- Tabela 7** – Principais Categorias Profissionais por Estruturas Sanitárias no Nível Regional, Guiné-Bissau, 2003
- Tabela 8** – Profissionais Técnicos por Sexo, Segundo Categorias Profissionais, Guiné-Bissau, 2004
- Tabela 9** – Profissionais Executivos e Gestores por Sexo, Segundo Categorias Profissionais, Guiné-Bissau, 2004
- Tabela 10** – Evolução da Estrutura dos Níveis de Qualificação do Setor Moderno, Guiné-Bissau, vários anos
-
- Quadro 1** – Evolução da Gestão de Recursos Humanos
- Quadro 2** – Equipe de Saúde, Guiné-Bissau, 2003
- Quadro 3** – Categorias Profissionais do Sistema de Saúde, Guiné-Bissau, 2003
- Quadro 4** – Disponibilidade de Profissionais por Habitante/Ano, Segundo Categorias Profissionais, Guiné-Bissau, 2002
- Quadro 5** – Resumo do Perfil dos Respondentes, Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 6** – Outro Pessoal de Enfermagem e Parteira fora da Carreira de Enfermagem, Guiné-Bissau, 1993
- Quadro 7** – Tabela de Salário de Deputados da Nação (Parlamentares), Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 8** – Tabela de Salário da Função Pública, Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 9** – Tabela de Salário de Titulares de Cargos Políticos, Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 10** – Tabela de Salário da Sociedade Castrense (militares e pára-militares), Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 11** – Tabela de Salário dos Magistrados, Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 12** – Tabela Proposta de Salário de Médicos, Profissionais Superior e Chefias de Saúde, Guiné-Bissau, 2004
- Quadro 13** – Resumo das Respostas dos Técnicos
- Quadro 14** – Resumo das Respostas dos Executivos e Gestores
-
- Gráfico 1** – Técnicos por Sexo, Guiné-Bissau, 2004
- Gráfico 2** – Executivos/Gestores por Sexo, Guiné-Bissau, 2004

- Figura 1** – Mapa Político e Administrativo da República da Guiné-Bissau
- Figura 2** – Pirâmide Sanitária, Guiné-Bissau
- Figura 3** – Mapa Sanitário da Guiné-Bissau
- Figura 4** – Mapa Político da Comunidade Economica de Desenvolvimento de Estados da África Ocidental e Organização Oeste Africana da Saúde
- Figura 5** – Fatores de Gestão de Recursos Humanos
- Figura 6** – Carreira Atual Médica e de Profissional Superior da Saúde Pública, Guiné-Bissau, 1993
- Figura 7** – Carreira Atual de Enfermagem, Guiné-Bissau, 1993
- Figura 8** – Organograma Central do Ministério da Saúde, Guiné-Bissau
- Figura 9** – Organograma (Proposta A)
- Figura 10** – Organograma (Proposta B)
- Figura 11** – Organograma das Regiões Sanitárias, Guiné-Bissau
- Figura 12** – Organograma (Proposta C)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AD** – Avaliação de Desempenho
- AF** – Administração e Finanças
- AFRO** – Região Africana
- AH** – Apoio Hospitalar
- AID** – Agencia Internacional de Desenvolvimento
- ANP** – Assembléia Nacional Popular
- ARH/ARF** – Administração Recursos Humanos/Administração Recursos Financeiros
- AUSB** – Apoio Unidades Saúde de Base
- BM** – Banco Mundial
- BO** – Boletim Oficial (Diário da República)
- CAE e DCAE** – Departamento de Coordenação de Ajuda Externa
- CD e C DOC** – Centro de Documentação
- CEDEAO** - Comunidade Econômica Desenvolvimento de Estados da África Ocidental
- CDR** – Conselho Diretivo Regional
- CECOME** – Central de Compras de Medicamentos
- CIE** – Centro de Informação e Estatística
- CILLS** – Comitê de Luta Contra a Desertificação no Sahel
- CM** – Controle de Medicamentos
- CN** – Controle Nutricional
- C Nac. Méd.** – Comissão Nacional de Medicamentos
- COCOFAP** – Comissão de Coordenação de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
- CPLP** – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
- CR** – Centros de Referências
- CRS** – Conselho Regional de Saúde
- DAF e DAFP** – Direção de Administração Finanças e Patrimônio
- DAH** – Direção Apoio Hospitalar
- DC** – Diagnóstico Complementar
- DCPS** – Direção Cuidados Primários de Saúde
- DGPC** – Direção Geral de Planificação e Cooperação
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- DHE** – Direção Higiene e Epidemiologia
- DIECS** – Direção de Informação Educação e Comunicação em Saúde
- DPCAE** – Direção de Planificação e Coordenação de Ajuda Externa
- D Pla.** – Direção de Planificação
- DRM** – Depósito Regional de Medicamentos
- DSF** – Direção Serviço Farmacêutico
- DSH** – Direção Serviço Hospitalar
- ENS** – Escola Nacional de Saúde
- EPAP** – Estatutos do Pessoal da Administração Pública
- Epid.** – Epidemiologia
- ESM** – Escola Superior de Medicina

ETQS – Escola Técnica de Quadros de Saúde
F – Finanças
FAP – Departamento de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
FMI – Fundo Monetário Internacional
Francofonia - Comunidade de Países de Língua Francesa
FUNSAG – Fundação Nacional da Saúde da Guiné-Bissau
GAB – Gabinete do Ministro
GE – Grandes Endemias
GRH – Gestão de Recursos Humanos
GRHS – Gestão de Recursos Humanos em Saúde
HN – Higiene e Nutrição
HN/CR – Hospital Nacional/Centro de Referência
HNSM – Hospital Nacional Simão Mendes
HRF – Hospital Raoul Follereau
IAF – Inspeção Administração e Finanças
IB – Iniciativa de Bamako
IF – Inspeção Farmacêutica
IGS – Inspeção Geral de Saúde
INEC – Instituto Nacional de Estatística e Censo
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa
IRA – Infecção Respiratória Aguda
IS – Inspeção Sanitária
JM – Junta Médica
LNSP – Laboratório Nacional Saúde Pública
MINSA – Ministério da Saúde
MT – Medicina Tradicional
NU - Nações Unidas
OCI - Organização da Comunidade Islâmica
OGE – Orçamento Geral do Estado
ONU – Organização das Nações Unidas
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONCHO – Onchocercose (Cegueiras dos Rios)
ONG's – Organizações Não Governamentais
OOAS - Organização Oeste Africana de Saúde
PAE – Programa de Ajustamento Estrutural
PEF – Política Económica Financeira
PAIGC – Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
Patri. – Departamento Serviço de Património
PAV – Programa Alargado de Vacinação

PI – Patrimônio e Infra-estruturas
PIB – Produto Interno Bruto
Pla. – Departamento de Planificação
PNDRHS – Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLP – Programa Nacional de Luta contra Paludismo (Malária)
PNLS – Programa Nacional de Luta contra SIDA
PNLT – Programa Nacional de Luta contra Tuberculose e a Lepra
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRH – Política de Recursos Humanos
PRHS – Política de Recursos Humanos em Saúde
PSF – Programa Saúde Família
RP – Relações Públicas
SC – Saúde Comunitária
S. Cont. – Departamento Serviço de Contencioso
SF – Saúde da Família
SG – Secretaria Geral
SIDA (AIDS) – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIGRHS – Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde
SMI – Serviço Materno Infantil
SP – Setor Público ou Setor Privado
TDR – Termos de Referência
UA - União Africana
UAC – Universidade Amílcar Cabral (Pública)
UCB – Universidade Colinas de Boé (Privada)
UEMOA - União Económica Monetária Oeste Africano
UMOA - União Monetária Oeste Africana
UNTG – União Nacional dos Trabalhadores da Guiné-Bissau
VE – Vigilância Epidemiológica
VS – Vigilância Sanitária
XOF – Franco Oeste Africano (Fcfá – designação da moeda oeste africana – 8 países)

ANEXOS

BANDEIRA NACIONAL DA GUINÉ-BISSAU

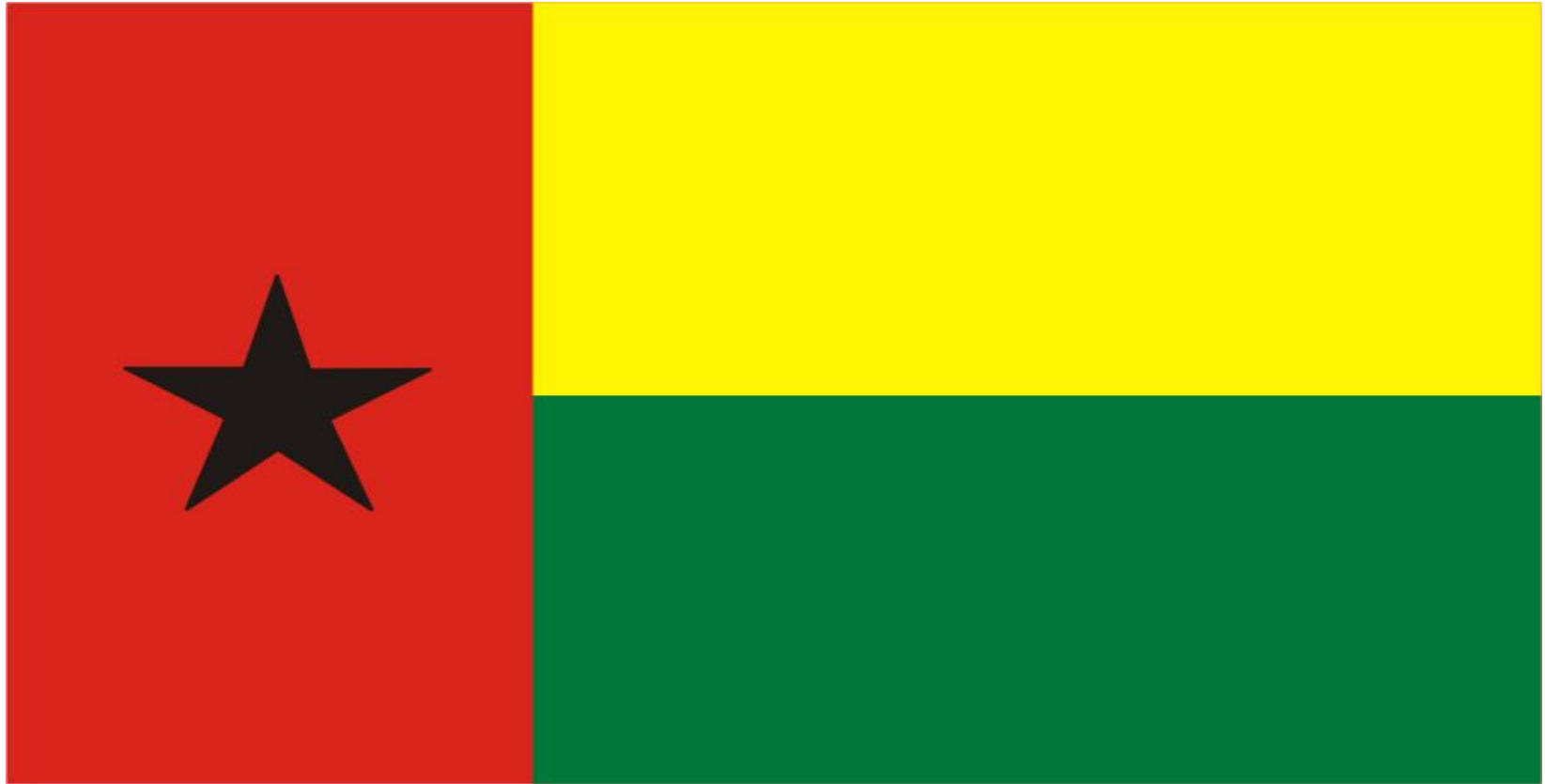


TABELA 4.1
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS HUMANOS
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS
	REGIÃO SANITÁRIA	ÁREA SANITÁRIA	UNIDADE SAÚDE BASE		NORMA	ATUAL	
CENTRO SAÚDE “A”							
BOLAMA	BOLAMA	BOLAMA	3	Cirurgias de Urgência Referencia CSB & C Partos Semi-complicados PMA incluindo EA Internamentos Médios	15 Prof.		Acima de 30 camas
BUBAQUE	BIJAGÓS	BUBAQUE	2		4 Apoio		
FARIM	OIO	FARIM	7				
SÃO DOMINGOS	S. DOMINGOS	SÃO DOMINGOS	9				
TITE	QUINARA	TITE	1				
TOTAL CENTROS					19		
CENTRO SAÚDE “B” URBANO							
ANTULA	SAB	ANTULA	-	Referencia CSC Urbano/HN Partos Não complicados PMA incluindo EA. Internamentos até 72h	24 Prof.		Até 6 camas
BANDIM		BANDIM	-		8 Apoio		
BAIRRO MILITAR (por construir)		BAIRRO MILITAR	-				
CUNTUM		CUNTUM	-				
TOTAL CENTROS					32		
CENTRO SAÚDE “B” RURAL							
BISSORA	OIO		1	Referencia CSC Rural Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação Referenciam CSA	6 Prof.		Até 3 camas
COSSE	BAFATÁ		2		3 Apoio		
BELI	GABU		16				
SONACO	GABÚ		15				
BUBA	QUINARA		4				
EMPADA	QUINARA		1				
FULACUNDA	QUINARA		1				
CACINE	TOMBALI		2				
QUEBO	TOMBALI		3				
TOTAL CENTROS					09		

Fonte: DGPC/MINSA - 2003

TABELA 4.2
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MINIMA DE RECURSOS HUMANOS (Continuação)
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS	
	REGIÃO SANITÁRIA	ÁREA SANITÁRIA	UNIDADE SAÚDE BASE		NORMA	ATUAL		
CENTRO SAÚDE “C” URBANO								
CANCHUNGO	CACHEU	CANCHUNGO	6	Referenciam CSB Urbano, Hosp. Regionais e Nacional Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	11 Prof. 2 Apoio		Até 3 camas	
BAFATA I	BAFATA	BAFATA	1					
BAMBADINCA		BAMBADINCA	-					
CONTUBOEL	GABU	CONTUBOEL	-					
GABU		GABU	1					
GA BEAFADA	SAB	GA BEAFADA	-					
PEFINE (por construir)		PEFINE	-					
SANTA LUZIA (por construir)		SANTA LUZIA	-					
LUANDA		LUANDA	-					
BELEM		BELEM	-					
MISSIRA (por construir)		MISSIRA	-					
CENTRO		CENTRO	-					
AJUDA	AJUDA	-						
QUELELE	QUELELE	-						
PLAQUE	PLAQUE	-						
TOTAL CENTROS					13			
CENTRO SAÚDE “C” RURAL								
PELUNDO	CACHEU	CANCHUNGO	1	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas	
BARA			1					
BATUCAR			1					
CACHEU		CACHEU	10					
CALEQUISE			13					
BULA			BULA					1
CAIO			CAIO					1
TOTAL CENTROS	07							
SUZANA	S. DOMINGOS	SAO DOMINGOS	1	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas	
VARELA			1					
BIGENE		BIGENE	5					
BARRO			4					
INGORE			6					
SEDENGAL	5							
TOTAL CENTROS	06				13			

Fonte: DGPC/MINSA - 2003

TABELA 4.3
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS HUMANOS (Continuação)
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS
	REGIAO SANITÁRIA	AREA SANITÁRIA	UNIDADE SAÚDE BASE		NORMA	ATUAL	
CENTRO SAÚDE "C" RURAL							
ENCHEIA BINAR	OIO	BISSORA	4	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas
MANSOA GAMAMUDO PORTUGOLE		MANSOA	14				
CUNTIMA GUIDAGE BINTA JUMBEMBE		FARIM	6				
			2				
			3				
NHACRA		NHACRA	1				
			3				
MANSABA OLOSSATO MORES			MANSABA				
			7				
			4				
TOTAL CENTROS	13				4,5		
QUINHAMEL ONDAME BIJIMITA ILONDE DORES	BIOMBO	QUINHAMEL	-	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 01 Apoio		Até 3 camas
SAFIM		SAFIM	-				
PRABIS CUMURA		PRABIS	1				
			-				
			-				
TOTAL CENTROS	08						
BAFATA II BAFATA III GA MAMUDO GEBÁ	BAFATA	BAFATA	-	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas
XITOLE		GA MAMUDO	9				
GA CARNES		XITOLE	5				
TENDINTO		BAMBADINCA	15				
FAJONQUITO		CONTUBOEL	1				
CAMBAJU			2				
SARE BACAR			2				
			2				
			2				
TOTAL CENTROS	10						

Fonte: DGPC/MINSA – 2003

TABELA 4.4
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS HUMANOS (Continuação)
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS					
	CENTRO SAÚDE "C" RURAL	REGIAO SANITÁRIA	ÁREA SANITÁRIA		UNIDADE SAÚDE BASE	NORMA		ATUAL				
CANJADUDE CANSISSE TUMANA	GABU	GABU	15	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas					
PITCHE DARA CANQUELIFA BURUNTUMA			PITCHE					9	11			
									4	7		
PIRADA BAJOCUNDA CANJUFA		PIRADA	5					5				
								7				
FASSE PAUNCA MANSADJAN MAFANCO		SONACO	1					4				
								11	12			
LUGADJOLE DANDUM			MADINA BOE					14	11			
TOTAL CENTROS		16										
DAR-ES-SALAM BRANDAO		QUINARA	EMPADA					7				
			TITE					1				
TOTAL CENTROS		02								4,5		
TIMBO KOMO	TOMBALI	CATIO	1	Referenciam CSB Urbano, Rural e Hosp. Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação	3,5 Prof. 1 Apoio		Até 3 camas					
			2									
BEDANDA		BEDANDA	1									
CALAQUE			4									
SANCONHA			8									
TOTAL CENTROS	05											
CANHABAQUE UNO FORMOSA	BIJAGOS	BUBAQUE	-									
		UNO	-									
		CARAVELA	-									
TOTAL CENTROS	03											

Fonte: DGPC/MINSA - 2003

TABELA 4.5
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MINIMA DE RECURSOS HUMANOS (Continuação)
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS
	REGIÃO SANITÁRIA	ÁREA SANITÁRIA	UNIDADE SAÚDE BASE		NORMA	ATUAL	
CENTRO SAÚDE "C" BIJAGOS							
PECIXE	CACHEU	CAIO	4				
JETA			-				
TOTAL CENTROS	02						
ILHA DE GALINHAS	BOLAMA	BOLAMA	3				
TOTAL CENTROS	01						
ORANGOZINHO	BIJAGOS	BUBAQUE	2	Referenciam CSA, Hospitais Regionais Partos Não complicados PMA incluindo EA Internamentos Curtos só para observação			Até 3 camas
SOGA			-				
CANOGO		UNO	1				
ORANGO GRANDE			3				
URACANE			3				
UNHOCOMO			1				
CARAVELA		CARAVELA	-				
TOTAL CENTROS	07				4,5		
POSTOS DE SAÚDE							
JOLMET	CACHEU	CANCHUNGO	4	Referencia USB PMA incluindo EA Referenciam CSC, B & A	2 Enf. Aux.		Sem Camas
BLEQUISSE			2				
CARENQUE			-				
CO		BULA	11				
CAIOMET		CAIO	6				
TOTAL POSTOS DE SAÚDE	05						
LENDEM	OIO	BISSORA	16		2 Enf. Aux.		
CANJAMBARI		FARIM	4				
GANSANIMA		MANSABA	13				
TOTAL POSTOS DE SAÚDE	03				02		
BAT AMBALI	QUINARA	EMPADA	6		2 Enf. Aux.		Sem Camas
NHALA		BUBA	-				
BANTA			-				
GA-GREGORIO			-				
INDJASSANE			13				
GA-PARA		FULACUNDA	18				
BESSASSEMA		TITE	5				
DJABADA PORTO			8				
TOTAL POSTOS DE SAÚDE	08						

Fonte: DGPC/MINSA – 2003

TABELA 4.6
DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E LOTAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS HUMANOS (Conclusão)
GUINÉ-BISSAU – 2003

TIPOS DE ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO			FUNÇÃO/OBJETIVOS	Nº PROFISSIONAIS		Nº LEITOS
	POSTOS DE SAÚDE	REGIÃO SANITÁRIA	ÁREA SANITÁRIA		UNIDADE SAÚDE BASE	NORMA	
MATO FARROBA	TOMBALI	CATIO	13	Referencia USB PMA incluindo EA Referenciam CSC, B & A	2 Enf. Aux.		Sem Camas
TCHUGUE			-		2 Enf. Aux.		
BOCANA		28	2 Enf. Aux.				
CATUNGO		9	2 Enf. Aux.				
MAMPATA		QUEBO	-		2 Enf. Aux.		
SALTINHO			-		2 Enf. Aux.		
UNAL		10	2 Enf. Aux.				
CABOXANQUE		BEDANDA	23		2 Enf. Aux.		
CATCHAMBA			2 Enf. Aux.				
CADIQUE		CALAQUE	-		2 Enf. Aux.		
CAFINE			-		2 Enf. Aux.		
CABEDU			16		2 Enf. Aux.		
CASSUMBA		CACINE	-		2 Enf. Aux.		
CASSACA			6		2 Enf. Aux.		
TOTAL POSTOS DE SAÚDE	14						
GA-TONGHO	BOLAMA	SÃO JOAO	-	2 Enf. Aux.			
WATO		BOLAMA	-	2 Enf. Aux.			
MADINA		2	2 Enf. Aux.				
TOTAL POSTOS DE SAÚDE	03						
ILHEU DE REIS	SAB	CENTRO	-	2 Enf. Aux.			
CUNTUM		CUNTUM	-	2 Enf. Aux.			
TOTAL POSTOS DE SAUDE	02			02			

Fonte: DGPC/MINSA - 2003