



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional da Saúde Pública

**“Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau: análise do processo de
Implementação na região sanitária de Bafatá”**

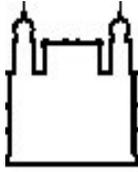
por

Marilene Gomes Menezes D’Alva

Orientadora: Maria Helena de Magalhães Mendonça

Dissertação apresentada com vista à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de
Saúde Pública.

Rio de Janeiro, Setembro de 2004.



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional da Saúde Pública

Esta dissertação, intitulada

**“Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau: análise do processo de
Implementação na região sanitária de Bafatá”**

Apresentada por

Marilene Gomes Menezes D’Alva

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Carlos Eduardo Aguilera Campos - UFRJ

Profa. Lígia Geovanella - ENSP

Profa. Maria Helena Mendonça – orientadora - ENSP

Dissertação defendida e aprovada em 8 de Setembro de 2004

A Deus pela força diante desse desafio.

E a OMS e MINSAP pelo apoio, concepção da bolsa e ênfase na realização do projeto, contribuindo assim, no ensinamento de mais um profissional de saúde. E por outro, aos profissionais da saúde e aos usuários guineense para quais o direito à saúde ainda está por se materializar.

“Para mim, saber é experimentar. E uma experiência não se conceitua e nem é eventual...”

(D’ Amaral M. T., “Eu Indivíduo”)

Quando se acredita em um ideal, a determinação que se emprega para alcançá-lo, é digna de aplausos.

Parabéns pela conquista dessa grande vitória.

(Menezes M.)

AGRADECIMENTO

A minha orientadora “Maria Helena de Magalhães Mendonça” pela sua extrema competência profissional, sua generosidade pessoal e, sobretudo, seu afeto, amizade pela dedicação incansável, paciência, ensinamento, na construção do trabalho, o qual tornou agradável e rica na realização do Mestrado. A ela todo o meu reconhecimento e gratidão como orientanda.

Ao Diretor da Região Sanitária de Saúde de Bafatá “Dr. Nicolau Quintino Almeida”, pela paciência, carinho, concessão de materiais para pesquisa, apoio financeiro, transporte para realização do trabalho de campo.

Aos professores, “Paulo Amarante, Zulmira Hartz”, pelo diverso momento de grande apoio, principalmente acolhimento, estímulo, amizade, pela suas generosidades, paciência, ensinamentos e sugestões, na construção do trabalho.

A toda equipa da OMS/Bissau, OMS/OPAS/Brasil, em particular a professora Augusta Biai, Vera Vasconcellos e ex-Diretores Gerais de Planificação e cooperação – “Faustino Cunha e Roberto Cacheu”, pelo empenho, dedicação no auxílio da concepção de bolsa de estudo e paciência na resolução de todos os estrangulamentos ao longo da minha formação.

A equipe de Acessória internacional na pessoa de DR. José Roberto e Edenilson, pela dedicação estima, diversos apoios ao longo do curso.

A equipe de pós-graduação pela compreensão, paciência e apoio na resolução de problemas.

Aos meus colegas e conterrâneos africanos, “Mamadú Djico e Arlindo de Carvalho” pela dedicação, apoio, amizade, generosidade num espírito de profunda estimação.

Aos meus colegas do Mestrado, pelo companheirismo, convívio, amizade, generosidade e paciência desde o primeiro dia na minha entrada na ENSP.

Ao professor “Miguel Murat”, pela paciência, ensinamento e generosidade na autorização da sala de informática.

Ao amigo “Gustavo” pela paciência, ensinamento e ajuda nas sugestões e dúvidas da informática.

Aos professores Célia, Marina, Eliane Labra pela generosidade e apoios incansável no decorrer do curso.

A todos, da secretária do Planejamento e gestão, principalmente a Carmem, Luzimar, Fabiano, pela generosidade e dedicação em apoios em diversos domínios.

A professora Lígia Geovanella, Carlos Eduardo Aguilera Campos por aceitação e contribuição na Banca e correção da dissertação.

A todos aqueles que colaboraram de maneira ou outra na realização deste trabalho, principalmente a todos os entrevistados em especial, responsáveis das áreas sanitárias, pela paciência carinho e respeito em acompanhar as entrevistas.

A minha família em especial pela paciência e carinho neste longo período da minha ausência no país.

RESUMO -- O Programa Saúde da Família foi criado para período de 1998-2002 com objetivo de prestar serviço de saúde a partir de uma abordagem global do indivíduo e da família e racionalizar os recursos. Tendo como estratégias coordenação, e integração de gestão dos programas verticais no sistema regular de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo realizado junto aos gestores centrais, regionais, os responsáveis das áreas sanitárias e agentes saúde de base/matronas, no nível local, que busca as representações desses atores, através de entrevistas semi-estruturadas. O estudo indica que atenção primária oferece a entrada no sistema e fornece atenção para todas as condições, coordena e integra a o nível básico com outros níveis, relacionando com atenção básica. A articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviço de saúde surge o Programa Saúde de Família como estratégia de reorganização de serviços de saúde de território definido, população adscrita, trabalhando em equipe, incorporação dos agentes comunitários, vínculo dos profissionais com indivíduo e família.

Constatou-se algumas particularidades do PSF na Guiné Bissau, como as duas denominações, não existência de equipe específica. Contudo o processo de implementação seguiu uma estratégia adequada com formulação da política do programa, apesar de ser condicionado a conteúdo de saúde reprodutiva. O deficiente funcionamento de sistema como a dependência de ajuda externa, a falta de recursos humanos tanto no preenchimento de vagas como profissionais qualificados e também a desmoralização dos mesmos no que diz respeito a atraso de pagamento de salários condicionaram fatores para a precária prestação de serviços em algumas atividades com: consultas pré-natais vacinações e outros, em que se verificou baixa cobertura. Dessas constatações é necessária uma reflexão sobre a denominação do programa, concepção, objetivo, componentes em geral rever a missão de integração e coordenação com base na estratégia de organização da atenção primária, que contribui para a melhoria qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Avaliação, Atenção Primária, Programa Saúde da Família, Processo de Implementação, Saúde Materno Infantil.

Abstract -- The Family Health Program was created for the period of 1998-2002 with a goal to render health service from a global approach of individual, family and resource rationalizations. Having as strategy the coordination, and vertical program management integration in health regular system.

It is a descriptive study has been done on the field of semi-structured interviews with central and regional manager, and on local level with the related sanitary leaders, and basic/matrimonial agents of health. The study indicate that primary attention offers an entrance to the system and supply care for all the conditions, coordinate and integrate the basic level with other levels, and always relating with primary attention. The primary attention movement to health on the field of health service integrated system leads to Family Health Program (FHP) as strategy of service reorganizations on defined health space, adscript population, team work, community agent incorporation, bonds of professionals with individuals and families.

Some studied countries have a universal access principal to health care with base on basic care, which reflect their own reality. It is verified some of FHP particularities in Guinea-Bissau such as the two program nominations: “Family Health Program” and “Healthy Reproductive”, also the non-existence of specific team. Although, the implementation process follows a adequate strategy with formulation of program politics, despite being conditioned to core of Reproductive Health. The defective operation of system like dependency on external aid, lack of human resources, vacancy and qualification on the professional post, above all, the demoralization on months and months of salary delay. Long time on service leads to complacency which is a factor for a poor service that cover some activities to be considered: pre-natal diagnostic, vaccination, and among others with low cover activities. From all these allegations, it is necessary a reflection on the denomination off the program, conception, objective, components in general, to review the integration and coordination mission with the base on organization strategy of the primary attention, which can contribute for better service quality.

Word-key: Evaluation, Primary attention, Family Health Program, Implementation Process, Infantile Maternal Health.

LISTA DE ABREVIACOES

Sigla	Explicaco
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ARO	Alto Risco Obstétrico
AS	rea Sanitária
ASB	Agentes de Saúde de Base
BM	Banco Mundial,
CS	Centros de Saúde
CIPD	Conferencia Internacional sobre Populao e Desenvolvimento
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CCD/IRA	Cuidado com Doença Diarrica, Infeco Respiratória Aguda
CPN	Consulta Pré-Natal
DRS	Direo Regional de Saúde
ERS	Equipa Regional de Saúde
FUNAP /UNFPA	Fundo das Naes Unidas para Atividades da Populao
HR	Hospital Regional
IB	Iniciativa de Bamako
IEC	Informao Educao e Comunicao
MINSAP	Ministério Nacional Saúde Pública
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema nico de Saúde
OMS	Organizao Mundial de Saúde
PMA	Pacote Mínimo da Atividade
PAV	Programa Alargado de Vacinao
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
SMI	Programa Saúde Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
USB	Unidades de Saúde de Base
UNICEF	Fundo das Naes Unidas para Infância
EU	União Européia

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 – Mínimo de recursos humanos de dotação por estrutura sanitária (nível regional) -----	56
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais entrevistados relacionados com o programa de saúde da família, considerando em média: idade, tempo de formado, tempo no programa ou na função, formação, seleção -----	60
Tabela 3 – Percepção quanto à existência do Programa Saúde Família na Guiné -Bissau, nos diferentes níveis de saúde -----	67
Tabela 4 – Percepção da existência ou não de equipe no Programa Saúde Família na Guiné-Bissau, entrevistados nos diferentes níveis do sistema de saúde -----	76
Tabela 5 – Distribuição da população da Região de Bafatá segundo áreas e faixa etária em 2002 após a projeção a partir de 1991 -----	87
Tabela 6 – Números de consultas de clinica geral de crianças de 0 – 14 anos, região de Bafatá, 2002 -----	88
Tabela 7 - Diagnósticos de doenças infecciosas mais frequentes na Região de Bafatá em 2002 -----	89
Tabela 8 – Distribuição da população e serviços de saúde nas áreas sanitárias da Região de Bafatá, 2002 -----	90
Tabela 9 – Situação das Unidades de Saúde de Base, na região de Bafatá, 2002 -----	91
Tabela 10 – Comparação entre os recursos humanos preconizados para os centros de saúde na norma (N) e a situação atual (A) nas áreas sanitárias, da região de Bafatá, 2002 ----- -----	93

Tabela 11 - Distribuição dos recursos humanos, no hospital regional de Bafatá, 2002 -----	94
Tabela 12 – A capacidade mínima dos recursos humanos definidos, para hospitais regionais segundo o PNDS, Guiné-Bissau, 1998-2002 -----	95
Tabela 13 – Comparação entre os recursos humanos previstos pelo PNDS e a situação atual, por categorias de profissionais, na região de Bafatá, 2002 -----	96
Tabela 14 – Atividades de atenção materna realizada nos sete centros de saúde visitados, na região da Bafatá, 2002 -----	97
Tabela 15 – Atividades de atenção materna realizada nas 18 Unidade e Saúde de Base visitadas, na região da Bafatá, 2002 -----	98
Tabela 16 – Número de primeiras consultas pré-natal, realizadas nas sete áreas sanitárias da Região de Bafatá durante o ano 2002 -----	99
Tabela 17 – Números de grávidas estimas e cobertura da 1a consulta nas AS, região de Bafatá, 2002 -----	99
Tabela 18 – Números de visita de acompanhamento das consultas de pré-natal nas áreas sanitárias de Jan a Dez, região de Bafatá, 2002 -----	100
Tabela 19 - Média das consultas por gestantes realizadas nas áreas sanitárias selecionadas, Bafatá, 2002 -----	101
Tabela 20 – Capacidade de identificação de sinais característicos de gestantes de Alto Risco Obstétrico (ARO) pelos responsáveis e Agentes Saúde de Base/Matronas entrevistados, região de Bafatá, 2004 -----	101
Tabela 21 - Grávidas de Alto Risco Obstétrico, acompanhadas nas consultas, nas sete áreas sanitárias região de Bafatá, 2002 -----	102

Tabela 22 – Número de Gestantes de Alto Risco Obstétrico encaminhado pelas USB para os CS de referência, região de Bafatá, 2002 -----	103
Tabela 23 – Número de gestantes de Alto Risco Obstétrico encaminhado de Centro de Saúde, para o Hospital regional de Bafatá 2002 -----	103
Tabela 24 – Número de partos assistidos, nas AS selecionadas, região Bafatá 2002 ----- -----	104
Tabela 25 - Nascidos vivos, em partos assistidos segundo peso ao nascer, nas áreas sanitárias selecionadas, região de Bafatá, 2002 -----	104
Tabela 26 - Números de nascidos mortos nas AS de Bafatá, 2002 -----	105
Tabela 27 – Relação entre partos assistidos, nascidos vivos e nascidos mortos, nas sete AS, região de Bafatá, 2002 -----	105
Tabela 28 - Vacina Toxóide Anti-Tetânico nas mulheres de idade fértil (MIF), nas sete AS da região de Bafatá, 2002 -----	106
Tabela 29 – Vacinas Toxóide Anti-Tetânica nas grávidas, nas sete áreas sanitárias, região de Bafatá, 2002 -----	107
Tabela 30 – MIF que realizaram 1a visita e visita repetida no planejamento familiar ----- -----	108
Tabela 31 - Métodos contraceptivos distribuídos nas sete AS, região de Bafatá, 2002----- -----	108
Tabela 32 – Percentagem de partos assistidos em relação às grávidas estimadas, Hospital Regional de Bafatá, 2002 -----	109
Tabela 33 – Óbitos maternos, no Hospital Regional de Bafatá, 2002 -----	109

Tabela 34 – Atividades relacionadas com atenção às crianças de 0-5 e 5-14 anos de idade nos sete centros de saúde selecionados, região Bafatá -----	110
Tabela 35 – Atividades relacionadas com atenção as crianças de 0-5 e 5-14 anos de idade nos 18 Unidades de Saúde selecionados -----	110
Tabela 36 - Relação de consultas gerais por diagnóstico nas crianças 0 - 14 anos, nas sete A S pesquisadas, na região de Bafatá, 2002 -----	111
Tabela 37 – Imunização por BCG nas crianças < 1 ano, nas sete A S região de Bafatá, Jan – Dez, 2002 -----	111
Tabela 38 – Cobertura vacinal por BCG em crianças menores de 1 ano nas setes áreas pesquisada, região Bafatá, 2002 -----	112
Tabela 39 - Crianças < 1 ano, vacinadas DTP 1, Pólio 1; DTP 2 Polio2; DTP3, Pólio 3nas sete A S, região Bafatá, 2002 -----	113
Tabela 40 – Crianças de 1–4 anos vacinadas de BCG, nas sete A S, da região de Bafatá, Jan-Dez, 2002-----	113
Tabela 41 – Crianças de 1-4 anos vacinadas DTP 1, Pólio 1; DTP 2 Polio2; DTP3, Pólio 3 nas sete AS, região Bafatá, 2002 -----	114
Tabela 42 - Crianças < 1 ano que efetuaram puericultura, região de Bafatá, 2002 -----	115
Tabela 43 –Crianças 1-4 anos que efetuaram consulta de puericultura e número de malnutridos, região de Bafatá, 2002 -----	115
Tabela 44 – Regularidade de supervisão observada, no CS, região de Bafatá, 2002 -----	119

Tabela 45 - Números de visitas de supervisão realizadas pela equipa regional e pelo enfermeiro responsável, nas Unidades de Saúde de Base, região de Bafatá, 2004 -----	120
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa político administrativo da República da Guiné-Bissau -----	46
---	----

Figura 2 - Os níveis e as estruturas do Sistema Nacional de Saúde, Guiné-Bissau, 2003 ---- -----	47
--	----

ESQUEMA

Esquema 1 – Fatores que influenciam a saúde da população-----	83
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação da experiência internacional do PSF -----	33
--	----

Quadro 2 – tipos de Centros de Saúde (CS) e as suas características -----	54
--	----

Quadro 3 - Principais problemas de saúde e grupos alvos -----	86
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	141
Anexo 2	142
Anexo 3	146
Anexo 4	150
Anexo 5	154
Anexo 6	164
Anexo 7	171
Anexo 8	172
Anexo 9	173
Anexo 10	174

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVO GERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
CAPÍTULO I. ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	6
1.1 ORIGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS INTERPRETAÇÕES NA PRÁTICA SOCIAL	6
1.2 O CONCEITO ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA	8
1.3 A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL NO DOMÍNIO DO MÉDICO DE FAMÍLIA, MEDICINA DE FAMÍLIA E SAÚDE DA FAMÍLIA.	14
1.3.1 <i>Reino Unido</i>	14
1.3.2 <i>Canadá</i>	18
1.3.3 <i>Estados Unidos da América</i>	20
1.3.4 <i>Cuba</i>	22
1.3.5 <i>O Programa Saúde da Família no Brasil</i>	24
1.3.6 <i>Programa Saúde da Família na Guiné</i>	28
CAPÍTULO II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
2.1 A ESTRATÉGIA DA PESQUISA	35
2.2 REGIÃO CASO	39
2.3 COLETA DOS DADOS	40
2.4 OS ROTEIROS NO CAMPO	41
CAPÍTULO III. CARACTERIZAÇÃO DA REPÚBLICA DA GUINÉ BISSAU E DE SUA REGIÃO DE BAFATÁ	43
3.1 ALGUNS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS	43
3.2 SITUAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA	44
3.3 SITUAÇÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA	45
3.4 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS)	46
3.4.1 <i>Níveis e funções</i>	47
No nível central	48
Nível regional	48
Nível local	49
3.4.2 <i>As Estruturas de Gestão e prestação de serviços, segundo o nível de governo</i>	49
O nível central	49
O nível regional	51
O nível local	54
Classificação dos Centros de Saúde	54
Gestão da área sanitária	55
Reforço da gestão do pessoal em saúde	56
As ligações funcionais entre as estruturas de gestão	58
Nível central e nível regional	58
Nível regional e áreas Sanitárias	59
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	60
4.1 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	60
4.2 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	63
4.2.1 – <i>Estratégia de Implementação</i>	63
Motivação para implementação do PSF	63
Apoios para implementação do PSF	64
Processo de Divulgação e Informação	65
Resistências que enfrenta o Programa	66
4.2.2. <i>Contexto político do Programa</i>	77
4.2.3 <i>Estudo de caso na região de Bafatá</i>	79
Integração do programa	79

Estado da Saúde e situação das estruturas sanitárias na região de Bafatá-----	82
Equipamentos -----	92
Outros recursos disponíveis nos Centros -----	92
Situação dos recursos humanos da região de Bafatá-----	93
As atividades realizadas nos Centro de Saúde e na Unidade Saúde de Base na região de Bafatá -	97
Atenção materna -----	97
Coberturas das consultas pré-natais -----	99
Partos assistidos -----	104
Assistência às puérperas -----	106
Coberturas vacinais nas Mulheres de Idade Fértil e nas grávidas -----	106
Planejamento Familiar -----	107
Morte materna na região de Bafatá -----	109
Atenção às crianças -----	110
Consultas gerais das crianças -----	111
Coberturas Vacinais nas crianças -----	111
Puericultura -----	115
Sistema de referência e contra referência-----	116
Atividades de vigilância sanitária e saneamento básico-----	117
Coleta e análise de informação de saúde na região de Bafatá-----	118
Supervisão -----	119
 CAPÍTULO V - DISCUSSÃO -----	 121
 CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	 128
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	 132
 ANEXOS -----	 140

INTRODUÇÃO

O governo colonial na Guiné Bissau não adotou uma política específica de saúde direcionada à população, que não tinha acesso a serviços de saúde e optava pela prática de medicina tradicional. Esta se constitui um hábito até a data atual.

Com a independência, o governo nacional organizou um serviço da saúde com amplitude universal, nacional e gratuito embora fortemente dependente da ajuda externa (mais de 85% do financiamento do setor). Em 1976, iniciou-se o apoio técnico e financeiro de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial (BIRD), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Cooperação Holandesa entre outros, que se constituem nos principais parceiros do Ministério de Saúde da República da Guiné.

Em 1994, depois da Mesa Redonda de Genebra, o Governo da Guiné-Bissau se empenhou num processo de consultas setoriais visando, em particular, uma melhor coordenação e mobilização da ajuda, através de uma abordagem global, no quadro de um programa de ação. Posto isso, em Junho de 1997, o Ministério de Saúde foi o primeiro a organizar uma mesa redonda setorial, na qual lançou a necessidade de reforma sanitária na Guiné, cuja ênfase incide na elaboração e apresentação de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) para o período de 1998-2002.

Este plano apresentou um quadro estratégico aprovado pelo governo para as intervenções sanitárias ao longo dos cinco anos, cujo objetivo geral era contribuir para melhoria da situação socioeconômica e bem estar da população da Guiné-Bissau. Isto implicava que o sistema nacional de saúde deveria ser reforçado para responder às necessidades gerais e específicas das populações de cada região, em todos os níveis: serviços de prestação de cuidados, estruturas de gestão e respectivas ligações funcionais intra e intersetoriais.

De acordo com a segunda linha estratégica do PNDS, o reforço institucional das capacidades de gestão, promove a distribuição de recursos financeiros e materiais, da forma mais eficaz, mais equitativa e mais transparente. Esta identificou-se oito ações prioritárias para atingir esse objetivo, entre as quais se destacou a integração dos programas técnicos centrais. Trata-se melhorar a utilização de recursos, conseguir melhor coerência e coordenar múltiplos programas verticais de saúde.

Assim, em 1998, um dos Programas considerado prioritário pelo processo de integração foi o Programa Saúde de Família com o objetivo de prestar serviços de saúde a partir de uma abordagem global do indivíduo e da família e fazer uso racional dos recursos (MINSAP, 1998).

O Programa tem como estratégia reverter o modelo tradicional de assistência, baseado em hospital e curativo, e reordenar o modelo assistencial a partir da atenção primária. Tendo como foco saúde e família, percebidas a partir do seu ambiente físico, social e cultural. Este modelo deveria possibilitar às equipas regionais tanto uma compreensão ampliada do processo saúde/doença quanto intervenções que fossem para além das práticas curativas habituais.

A Guiné-Bissau enfrenta vários problemas de saúde e nem mesmo a integração dos programas, superou inúmeros fatores que se constituem em estrangulamento para sua implementação. Segundo o PNDS 1998, os problemas específicos da saúde da população concentra-se nos seguintes: mortalidades materno/infantil elevadas, violência sexual infantil/ mutilação genital feminina, baixo índice da escolaridade, tabus, práticas sexuais precoces, infertilidade e esterilidade.

Assim, este estudo tem por objeto o “Programa Saúde da Família na Guiné”. Partindo do pressuposto que, o Programa Saúde da Família se apresentou como uma missão nacional bastante ampla de promover a integralidade de cuidados em saúde. Ele deveria coordenar e orientar as Direções Regionais na execução das atividades operacionais. Tal fato não vem acontecendo, em parte porque ele funciona de modo bastante vertical com ação voltada ao modelo tradicional da medicina no contexto da doença, e também porque o Ministério não tem cumprido com a recomendação do PNDS, de periodicamente rever a missão do programa nacional, para a adequação de recursos atribuídos ao mesmo e analisar se estes são compatíveis e coerentes com as necessidades de saúde, dentro de um sistema global de cuidados integrados.

Este estudo visa compreender se a implementação do programa modificou a integração dos seus componentes, desde os gestores centrais e regionais até a base local em uma região selecionada. Tem os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- Analisar o processo de implementação do programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, através do estudo do caso de implementação em uma região sanitária, com foco no componente de atenção materno/infantil.

Objetivos específicos

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

Neste sentido, este estudo se propõe incidir na atenção primária, com intuito de analisar os conceitos como produtor do cuidado em saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites. O estudo possui seis capítulos: no primeiro apresenta a origem da atenção primária e as suas interpretações na prática social, o conceito atenção primária e a atenção básica, e a experiência internacional no domínio do médico de família, medicina de família e saúde de família. Em que descreve, as estruturas e organizações destas práticas em relação o Programa Saúde da Família, como reorganizadora do sistema de saúde, a partir de várias experiências, desenvolvidas em diferentes lugares como iniciativas representativas de estratégias de reorganização da atenção primária, no nível local. Em segundo capítulo, expressa a metodologia do trabalho, em que relata a estratégia da pesquisa, descreve a região a ser estudada, métodos da coleta de dados e a estrutura do roteiro. No terceiro, caracteriza a República da Guiné Bissau a partir de alguns indicadores geográficos, situação sócio-demográfico, situação político administrativa e o sistema nacional de saúde no referido país. No quarto, apresentação de resultados de trabalho de campo, o quinto, a discussão e finalmente, as considerações gerais.

Capítulo I. Atenção primária e o Programa de Saúde da Família (PSF)

1.1 Origem da atenção primária à saúde e suas interpretações na prática social

Segundo Starfield (2002), atenção primária teve a sua origem no Reino Unido a partir do “Relatório Dawson” – criado e publicado em 1920 – o mesmo propôs a reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização, integração das ações preventivas e curativas em que o Estado deveria assumir o papel de provedor e controlador de políticas de saúde. A partir do qual foi preconizada a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis principais de serviço de saúde: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino.

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

Em 1977, na sua trigésima reunião anual Assembléia Mundial de Saúde, cujo lema “Saúde Para Todos até o Ano 2000” ou seja, “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar a vida social e economicamente produtiva”. A autora refere que, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (Starfield, 2002).

A catalogação da atenção primária à saúde, como doutrina universal, veio a dar-se na 1ª Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979). O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979 (MS 2001, Declaração Alma-Ata, 1978).

Essa conferência, especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde incluem pelo menos 8 elementos essenciais:

“educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidado de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais”.

(Declaração de Alma-Ata, 1978)

Quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e por consequência, de implementação (Vuorí, 1984).

Assim segue as variações na interpretação da atenção primária à saúde e explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambigüidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo “Atenção Básica à Saúde” algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instruir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

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

A primeira interpretação (seletiva), entende-se como “um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provida por pessoal de baixa

qualificação profissional e sem possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica”.

A segunda interpretação (serviços de saúde) – entende-se como “modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível”.

A terceira interpretação (estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde) – “entende-se como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas, e representações da população, o que implica a articulação da atenção da atenção básica à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde” (Mendes, 2001b).

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

A terceira interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a que tem em consideração neste trabalho. São várias as razões. Segundo Mendes (1999), esta é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico, é mais ampla podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas e perfeitamente viável no estágio de desenvolvimento da Guiné e com o volume de gasto público em serviços de saúde que se depende.

1.2 O conceito atenção básica/atenção primária

O conceito da atenção básica se relaciona com as variedades de interpretações sobre atenção primária à saúde e explicam, pela história e evolução do conceito e pela ambigüidade, formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo “Atenção Básica à Saúde” algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instruir uma concepção positiva de processo saúde/doença.

Entre as várias definições, neste trabalho apresentam-se a mais conhecida e abrangente formulada pela Organização Mundial da Saúde, na conferência realizada em Alma-Ata, no qual atenção primária foi denominada de “Cuidados primários de Saúde”.

Foi definida como:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseadas em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema da saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais aproximadamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

(Declaração de Alma-Ata, 1978)

A conferência de Alma-Ata especificou ainda que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram:

“...educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente água e alimentos programas materno-infantil, inclusive planejamento familiar e imunizações contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional”.

(Declaração de Alma-Ata, 1978)

Starfield (2002), argumenta que existe discordância tanto a respeito da extensão que eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação, apesar de que, estes conceitos de atenção primária à

saúde foram pensados para serem aplicados em todos os países. Isto porque na sua ênfase ela é definida sobre a “proximidade com as pessoas” e tais países desenvolvidos com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supermacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob controle de especialistas que trabalham em hospitais e para além o princípio de que atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos.

Contudo estes são países industrializados, mas têm grande deficiência no diz respeito à falta de sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles e ainda pouca base histórica nos sistemas de saúde à orientação para a comunidade.

“Entretanto, alguns países reorganizaram seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Como por exemplo, os novos “médicos de família”, em Cuba, residem onde trabalham” (Starfield, 2002:31) E também o sistema de saúde Canadense tem como figura central “o médico de família” que ocupa dos Cuidados Primários de Saúde. Este sistema tem uma particularidade, por permitir aos especialistas prover cuidados primários - sobretudo nas grandes cidades – atendendo diretamente à população embora a tendência seja que a atenção primária fique a cargo dos médicos de família. Estes dois países cobrem cinco áreas básicas: medicina interna, cirurgia, gineco-obstétrica, pediatria e psiquiatria. Esta integração dos serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais se encaixa no modelo previsto em Alma-Ata.

“Muitas metas específicas definidas em Alma-Ata já foram alcançadas em países industrializados. A maioria destes países pode ressaltar seus programas da longa duração para maior parte das atividades: fornecimento de água potável, medicamentos essenciais e alimento, saúde materno-infantil, imunização e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde”. Um sistema de atenção à saúde para que seja organizada “para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde”, deve ser apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde, só assim que ela torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas (Starfield, 2002:31).

Portanto seguem as seguintes mudanças necessárias para converter a atenção médica primária convencional nas nações industrializadas em uma atenção primária à saúde ampla, (Starfield, 2002:32):

- a atenção médica primária convencional, enfoque na doença e cura; conteúdo – tratamento, atenção por episódio, problemas específicos; organização da atenção – por especialistas, médicos e consultórios individual; responsabilidade - apenas setor de saúde, domínio pelo profissional e recepção passiva.
- uma atenção primária à saúde ampla, enfoque - na saúde, prevenção e cura; conteúdo - promoção da saúde, atenção continuada, atenção abrangente; organização – clínicos gerais, grupos de outros profissionais e voltada por equipe de saúde; responsabilidade – colaboração intersetorial, participação da comunidade, auto-responsabilidade.

Todas as orientações de mudanças fazem parte das metas de atenção primária, “ou seja” ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional se aproximará da visão de atenção primária à saúde de Alma - Ata e em direção a uma maior equidade. (Starfield, 2002).

Starfield, 2002, refere em seguida as várias características relacionadas com atenção primária:

- que atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa – não direcionada pela enfermidade – no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim é definida como conjunto de funções que combinadas, são exclusivas da atenção primária;
- que a atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custo, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho de equipe;

- a atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção;
- a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde;
- a atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar;
- ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde;
- é atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Vuori, (1985 apud Starfield, 2002) sugeriu quatro formas de visualizar a atenção primária:

- como um conjunto de atividades;
- como um nível de atenção;
- como umas estratégias para organizar a atenção à saúde;
- como uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Como referida acima pela autora Starfield, que atenção primária integra mais problema de saúde o mesmo que dizer que integra o nível base com outros níveis, dado que ela difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (atenção terciária) por várias características:

- na atenção primária, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, freqüentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levam a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando

comparados com especialista, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população a qual trabalham;

- na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. É de salientar que, a atenção primária, está mais próxima do ambiente do paciente do que os especialistas. Estes estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde vai dar-se pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (Starfield, 1992). Só haverá uma atenção primária de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade.

- **O primeiro contacto** implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.
- **A longitudinalidade** implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- **A integralidade** implica a prestação, pela equipe de saúde, em que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas.

Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. “Ou seja” um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

- **A coordenação** implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos além do reconhecimento dos problemas.
- **A focalização** na família implica considerar a família como o sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.
- **A orientação** comunitária implica o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

1. 3 A experiência Internacional no domínio do médico de família, medicina de família e saúde da família.

1. 3.1 Reino Unido

Em 1911, antes da primeira Guerra Mundial, um sistema de seguro de saúde foi introduzido para trabalhadores, permitindo-lhes livre acesso a médicos ou clínicos gerais do seguro nacional, para conservar sua condição de saúde, e trabalho. A rede de médicos de seguro, assim criada tornou-se a base do serviço de médicos de família. Em 1920, o Relatório Dawson reestrutura os serviços de saúde com base na regionalização, integração das ações preventivas e curativas, momento em que se separam médicos generalistas dos médicos especialistas e médicos hospitalares, passando os primeiros a se ocuparem, exclusivamente, da atenção primária da saúde.

Um passo revolucionário se deu em 1948 quando o governo estabeleceu o Serviço Nacional de Saúde, dentro de um quadro mais amplo de reformas do aparelho do Estado e da proteção social, tendo como uma das finalidades básicas garantir o acesso universal aos cuidados e serviços de saúde. Houve uma clara divisão entre assistência primária e secundária.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido compreende três níveis:

- primeiro nível, com serviços médicos gerais prestados pelos médicos generalistas contratados pelo NHS, com a função de assegurar as consultas médicas na entrada do sistema;

- segundo nível, com serviços de assistência médica, saúde pública, materno-infantil, vacinação e imunização, educação para a saúde, ambulância e visitas domiciliares, seriam administrados pelos governos locais e tem como estrutura de referência os hospitais distritais;
- terceiro nível compreende os centros de ensino universitário e serviços de alta especialização.

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde é algo de que os britânicos se orgulham. Segundo Allen Justin, representante do Royal College of General Practitioners do Reino Unido, no primeiro “Seminário de Experiências Internacionais em Medicina de Família” realizado em Brasília, entre 13 e 16 de Julho de 1998 (MS, 1999) “embora não sendo perfeito, constitui método efetivo de prestar assistência e talvez esta seja a razão de o Reino Unido estar gastando menos em assistência à saúde. Ele sempre esteve baseado em uma rede de médicos de família como porta de entrada do sistema e há um número de datas-chaves no seu desenvolvimento”.

Em 1964, criou-se o “Código do Médico Generalista”, através do qual o profissional pode formar parcerias e empregar pessoal especializado em práticas generalistas. Começaram então a surgir equipes de atenção primária que integravam General Practitioner (GP), enfermeiras, visitantes domiciliares e caso necessário, dentistas.

Em 1973, com a finalidade de integrar os vários níveis do sistema e reduzir o gasto público publica-se o National Health Service Reorganization Act, que criou uma hierarquia no sistema. O Ministério da Saúde nomeia os membros do District Health Authorities (DHA), que coordenam os serviços das Áreas Health Authorities (AHA), sediadas nos Hospitais Gerais Distritais que, por sua vez, são responsáveis que coordenam as ações a nível local.

De acordo com Justin, “os aspectos fundamentais do Serviço Nacional de Saúde, no seu começo determinaram que ele seria absolutamente livre no contato, universalmente acessível a todos os cidadãos a partir do médico generalista (GP). Cada cidadão tinha o direito de ser registrado em um GP e a Autoridade Distrital de Saúde tinha o dever legal de assegurar a disponibilidade de GP para cada cidadão. A única cobrança feita era a de medicamentos prescritos. A assistência à saúde privada foi permitida, desde o início, para aqueles que quisessem continuar a pagar, mas esta modalidade representa menos de 10% da assistência prestada no Reino Unido. Estes

elementos chaves estão presentes até hoje e permanece o fato de que o paciente não paga nada para consultar-se com o GP, ou com especialista, ou para internar-se em hospital”.

Em relação ao acesso à assistência à saúde, 90% do atendimento são realizados pelo GP em seu consultório, que faz a referência ao segundo nível de assistência, quando necessária. O único outro acesso a pacientes são os departamentos de emergências para casos de acidente. A assistência secundária é prestada nos hospitais gerais do distrito, sendo que cada um serve a uma população de aproximadamente 200 mil pessoas. Estes hospitais prestam ainda, serviços de emergência em acidentes, cuidados intensivo e coronários. O termo assistência terciária é aplicado a algumas super especialidades, como neurocirurgia, e também aos centros de ensino universitário e os serviços normalmente são providenciados regionalmente. O representante britânico ao Seminário indicou que apenas 1% do contato de paciente ocorre no nível terciário ou nos hospitais de ensino.

Os pacientes podem consultar-se apenas com o GP com o qual estão registrados, mas são livres para mudar este registro, quando quiserem. Tais mudanças, contudo, são raras e são feitas normalmente, quando as pessoas se mudam para outra área.

Esta clara divisão entre assistência primária e secundária - referiu ele, - significa que os médicos envolvidos estão trabalhando não só de formas diferentes, mas com orientações totalmente diferentes. Os pacientes têm acesso livre ao seu GP, não havendo como este profissional recusar-se a ver um paciente.

No Reino Unido, um médico de família lida com todas as idades, todos os problemas aí incluídos: ginecologia, serviços com gestantes de saúde da criança, imunização e cuidados de saúde para idosos. A importante função de gatekeeper ou porta de entrada (porteiro do sistema) é, na prática, referir um paciente de ambulatório para uma consulta em um ambulatório clínico no hospital ou providenciar uma admissão urgente no hospital.

O sistema de saúde do Reino Unido limita o acesso à assistência secundária baseada em tecnologia de alto custo e representa duas portas de entrada: o médico geral, que cobre a atenção primária e absorve 90% dos recursos, e os serviços de emergência.

O médico clínico geral tem uma lista de pacientes e recebe per capita, independentemente do volume de serviços prestados. Esta forma corresponde a 50% da renda do GP, sendo os restantes 50% provenientes do salário anual (30%), que varia conforme a experiência e o regime de trabalho – tempo integral ou parcial e pagamento por serviços prestados ou procedimentos (20%).

O GP, em média, tem um contrato independente no Serviço Nacional de Saúde. Eles geralmente têm os seus consultórios que são alugados por eles e trabalham em parceria com uma média de quatro médicos, um extenso grupo de enfermeiros de atenção primária, secretárias e gerentes. Eles trabalham numa média de 58 horas por semana, segundo o seu sindicato, têm em média 152 consultas por semana. O paciente, em média, se consultará com seu médico 5 vezes por ano. Uma das mudanças mais significativas na carga de trabalho dos médicos generalistas é a redução da visita domiciliar. As consultas domiciliares, que correspondem hoje a menos de 10% das consultas, há 20 anos atrás chegavam a 22% de suas ações.

Hoje, no Reino Unido, a educação básica médica tem seu acesso controlado pelo governo, todas as escolas médicas têm currículos voltados para as práticas generalistas tanto na graduação como pós-graduação (residência médica), tendo sido inscrito um programa de quatro meses para a prática Generalista. Desde 1996, para a admissão como General Practitioner, o médico passa por um treinamento específico, findo o qual é submetido a uma avaliação supervisionada por autoridade competente. Periodicamente é submetido a uma prova de avaliação para renovação de sua "licença" para poder continuar a exercer.

Vale ressaltar que estes profissionais têm conquistado um grande prestígio e popularidade, determinando uma procura elevada com cerca de dez candidatos por vaga. O impacto do seu trabalho é tão grande que, em 1990, realizava 74% das consultas por 10% do custo total do NHS.

Em síntese, o sistema de saúde no Reino Unido destaca-se pelas seguintes características:

- Universalidade de acesso;
- Integralidade da atenção;
- Grande predomínio do setor saúde na oferta de serviços;
- Forte regulador do estado;
- Baixo peso do setor privado.

1.3. 2 Canadá

No Canadá, o governo começou a intervir no setor saúde a partir de 1887, quando foi criado o conselho de higiene com a finalidade de coordenar o setor saúde a nível municipal. Nos anos 50, a política de saúde canadense alcançou o seu apogeu registrando-se um extraordinário desenvolvimento da saúde pública e da seguridade social.

Em 1966, com a Lei da Atenção Médica criou-se o regime público de seguro doença para cobrir as visitas e os serviços médicos prestados fora dos hospitais, sendo os gastos divididos a meias entre os governos federal e provincial, desde que respeitados cinco princípios fundamentais: cobertura universal, exaustividade (integralidade) dos serviços, acessibilidade, transferibilidade entre províncias da cobertura médica e gestão pública.

Esta Lei teve aplicação gradual, e em 1997, já abrangia todo o território nacional canadense e por isso é considerado o ano do nascimento do atual sistema de saúde do Canadá, que apresenta como principais características os seguintes princípios, contidos na Lei Canadense sobre a Saúde, promulgada em 1984:

- universalidade – cobre 100% da população residente admissível;
- acessibilidade – não existe barreiras a serviços médicos e hospitalares assegurados e não há cobranças adicionais aos pacientes por esses serviços;
- integralidade – cobre todos os serviços considerados necessários sob o ponto de vista médico (hospitalares e médicos), incluindo medicamentos e exames complementares de diagnóstico e integra os serviços de saúde e os serviços sociais;
- transferibilidade – o seguro continua válido mesmo quando se muda de uma província para outra ou se viaja no interior do país, mesmo ao estrangeiro;
- gestão pública – o plano de seguro provincial é administrado e operado, sem fins lucrativos, por uma autoridade pública assegurado com fundos conjuntos dos governos federal e provincial não requerendo nenhuma contribuição financeira direta por parte dos pacientes.

À semelhança do sistema inglês, o sistema canadense tem como figura central o Médico Generalista (de família) que se ocupa dos Cuidados Primários de Saúde, que cobre 5 áreas básicas: medicina interna, cirurgia, gineco-obstétrica, pediatria e psiquiatria. Contudo diverge do sistema inglês, por permitir aos especialistas prover

cuidados primários (sobretudo nas grandes cidades), atendendo diretamente à população, embora a tendência seja que a atenção primária fique a cargo dos médicos de família, designação que substituiu a Medicina Geral, desde 1969.

Os quatro princípios da medicina familiar que inspiram a formação de médico de família são:

1. formar um clínico competente, eficaz no atendimento do paciente, diagnosticando a doença e prescrevendo o tratamento adequado;
2. a medicina familiar é totalmente orientada para comunidade;
3. a medicina familiar é um recurso para uma população definida e dever estar disponível junto à comunidade;
4. voltar-se primordialmente para a relação entre médico e paciente .

A formação do médico se dá em seis ou sete anos e compreende três etapas: a pré-clínica, em que os estudantes podem escolher e fazer em dois ou três anos; o período do externato, em que eles estão junto do paciente, fazendo estágios habituais de pediatria, de psiquiatria, de obstetrícia, de medicina interna e a residência em medicina familiar.

Todos os médicos generalistas devem passar obrigatoriamente pelo programa de residência em medicina familiar, que duram 2 anos, com estágio, em que 50% são em especialidade e 50% em contato com a medicina familiar. Durante os dois anos eles têm atividades longitudinais, acompanhando o paciente, já que uma das características da medicina familiar é o acompanhamento, para que ele receba uma formação complementar no nível da abordagem do paciente.

As atividades em medicina familiar são muito numerosas: o acompanhamento no consultório, o cuidado em casa a aqueles que têm urgência, o acompanhamento do paciente no domicílio, a avaliação geriátrica multidisciplinar para os pacientes idosos e a hospitalização de pacientes. Atualmente, mais de 95% dos hospitais canadense funcionam como instituições sem fins lucrativos de propriedade de organizações voluntárias e 51% de todos os médicos em exercício, no Canadá são generalistas.

O sistema canadense é considerado hoje um dos mais eficazes, tendo levado a uma nítida melhoria das condições da saúde (esperança de vida de 78.6 anos, sendo de 81.4 para as mulheres e 75.8 para os homens, taxa de mortalidade infantil de 5.6 por 1000 nascidos vivos) o que contribui de forma decisiva para que o país ocupasse o primeiro lugar no Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas.

1.3. 3 Estados Unidos da América

Nos Estados da América, ao contrário do que sucedeu no Reino Unido, o setor privado sempre teve uma hegemonia sobre o setor público na oferta e provisão dos serviços de saúde. O Estado assumiu a cobertura somente da população que não conseguiu por seus próprios meios, acessar os serviços privados de proteção social: pobres, idosos e desempregados.

Os médicos recebem honorários por serviços prestados e atuam como agentes independentes exercendo a profissão de forma livre, só respeitando as leis do Estado onde atuam. O governo federal, com base na soberania do Estado Federativo, não se sente responsável pela coordenação de uma política nacional de saúde. Por isso, nunca se conseguiram criar um sistema único de saúde no país e apesar da tentativa de vários presidentes eleitos, sempre prevaleceram as iniciativas privadas de caráter associativo para o desenvolvimento de ações de saneamento urbano e assistência médicas, coordenadas pelas autoridades locais ou estaduais.

O desenvolvimento da engenharia biomédica que é a ciência que associa à tecnologia criou grandes expectativas em torno de medicina como produtora de melhoria da qualidade de vida, reforçando ainda mais o seu prestígio social. A qualidade do ato médico passou a ser correlacionado com a incorporação tecnológica da prática médica, o que impulsionou o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos que constituem os dois principais suportes da medicina curativa, consumidora da maior parte dos recursos disponibilizados para a área da saúde, sobretudo, os hospitais urbanos por concentrarem os principais centros de diagnóstico e tratamento.

Em 1965, foram criados dois sistemas no setor público: o MEDICAID, de caráter assistencial e destinado à cobertura dos indivíduos comprovadamente pobres e o MEDICARE, sistema de seguros voltado para a cobertura dos idosos. Paralelamente, uma rede de serviços filantrópicos de saúde, subsidiados pelo Estado, se responsabilizava pela cobertura às populações dos bairros periféricos com alto índice de pobreza. Por sua vez, o Medicaid experimenta uma expansão, ou seja, de 22 milhões em 1975, para 39 milhões de beneficiados em 1998 (Bernard Salafsky, representante dos EUA no Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Medicina da Família, realizado em Brasília, em julho de 1998, apud MS, 1999).

A fim de fazer face ao aumento da complexidade tecnológica da medicina, tendência à hospitalização e especialização, que contribuem de forma decisiva para

aumento de custos e gastos em saúde, a legislação norte americana especificou, em 1965 – Social Security amendments – e em 1966 – comprehensive Area-wide Health Planning Act-para a provisão da assistência médica integral à comunidade (Albagli, 1978/93). Várias organizações participaram nesse processo, entre as quais, a poderosa Associação Médica Americana (AMA), que encabeçou um movimento que criou as “bases da Medicina Familiar e os fundamentos de uma política federal e estatal para o financiamento da formação de médicos de família em cursos de pós-graduação” (Paim, 1985b/208).

Em 1969, a Medicina Familiar foi reconhecida, nos Estados Unidos da América, como vigésima especialidade médica, sendo o médico de família definido pela AMA como profissional com capacidade para: “servir ao público como médico de primeiro contato e de seu intermediário com o sistema de assistência médica; avaliar as necessidades totais de saúde de seus pacientes, assumindo a responsabilidade de orientar a assistência global de que eventualmente necessitem, agindo como coordenador dos serviços de saúde dos seus pacientes, incluindo o uso de médicos consultores, tendo em conta o seu ambiente comunitário e familiar, bem como a unidade social equivalente a que pertencem” (Carneiro, 1978/19). Os médicos de família eram encaminhados para o exercício da medicina nas áreas periféricas urbanas, possibilitando a mobilização de recursos públicos (provenientes de impostos) para a implementação e desenvolvimento dos programas de formação na área de medicina familiar, o que não era possível em relação às outras especialidades.

O médico de família nos Estados Unidos, sempre foi e continua sendo um profissional liberal que atende em seu consultório, de forma individualizada, os membros de uma família mediante o pagamento da consulta.

O sistema de saúde nos Estados Unidos da América apresenta uma assistência primária que não cobre de forma uniforme todo o país, deixando de fora as pequenas cidades e as regiões do interior.

Desta forma, apesar do sistema de saúde se apoiar essencialmente no setor privado no que concerne a oferta de serviços, o Estado americano, pressionado pelos altos custos e pela existência de uma massa crescente de excluídos, vem mobilizando recursos e estudando propostas visando a ampliação do acesso.

1.3. 4 Cuba

O sistema de saúde cubano sempre gozou de grande prestígio. Após o triunfo da revolução, em 1959, foi implementado e consolidado um Sistema Nacional de Saúde caracterizado pela descentralização, sistema único e financiamento exclusivamente público. São notórios e conhecidos mundialmente os altos índices atingidos no setor saúde, apesar da adversidade enfrentada por esse povo e seu governo, resultante do bloqueio econômico imposto, há quatro décadas, pelos Estados Unidos da América.

No início, o modelo implementado em Cuba, ainda na década de 60, era completamente voltado para o combate aos danos provocados na saúde dos indivíduos. Posteriormente, incrementou-se um modelo mais voltado para a atenção primária (com forte ênfase na promoção e prevenção), com programas orientados para o controle de risco epidemiológico, combate de epidemias e outros programas específicos para a prevenção de doenças. Graças a esses programas, Cuba, conseguiu atingir um nível de primeiro mundo em termos de indicadores de saúde, o que lhe permitiu dar um salto qualitativo e implementar um atual modelo, baseado na promoção da saúde como qualidade de vida.

No início da década de 80, Cuba optou pela implementação do médico de família, que pretendia conseguir uma integração das práticas preventivas, promocionais e curativas, frear a tendência para a superespecialização e estimular o desenvolvimento de ações dirigidas para a mudança de estilos de vida. Para tal, o novo modelo foi estruturado de forma a incorporar atividades médicas e não médicas com a participação dos mais diversos setores, envolvendo todos os níveis do sistema nacional de saúde para definir estratégias de atuação apoiadas na realidade epidemiológicas.

O modelo de medicina familiar constitui a porta de entrada do sistema nacional de saúde cubano e tal fato facilita a solução de 95% dos problemas de saúde que apresentam as pessoas que vão ao consultório. Facilita uma cobertura de 97% da população cubana, em que 11,4 milhões de habitantes desfrutam desse sistema. Uma das características importantes do modelo cubano de medicina de família é o envolvimento, desde cedo, das instituições ligadas à formação dos profissionais que irão integrar o programa. Com efeito, procedeu-se a uma revisão do currículo de formação e hoje, todo o médico formado nesse país sai preparado para integrar o programa e sua atuação é reconhecida, oficialmente, como especializada em medicina geral integrada. Nesse âmbito, o médico de família é definido como um profissional da primeira linha, que presta atendimento precoce, de qualidade e resolutivo, de forma integral e contínua

ao indivíduo, família e comunidade pelo qual é responsável, em interação permanente com outros níveis de atenção.

A formação de recursos humanos na área da saúde é da responsabilidade do Ministério de Saúde Pública que define as prioridades e necessidades.

“... Somente se obtém um serviço de qualidade, quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados, sejam médicos, enfermeiros, agentes comunitários para tal é necessário investimento na formação e qualificação...”.

(ARES, F. P., 1999)

A rede de cuidados foi reestruturada com base na setorialização da população adscrita: uma determinada área é dividida em setores com cerca de 130 famílias e em cada setor foi construído um consultório com residência para médico e um enfermeiro que, dessa forma, criam um vínculo maior com a comunidade coberta. Os consultórios funcionam de segunda a sábado em dois períodos. Existem 29.580 equipes, composta por médicos, enfermeiros. A equipa básica tem horário integral e no período de manhã dedica-se ao atendimento da demanda espontânea e programada e o período da tarde é destinado à realização de visitas domiciliares para orientação familiar, atenção individualizada, orientação epidemiológica e controle de riscos e seguimento dos pacientes em regime de internação domiciliar.

Cada grupo de 15 a 20 médicos e enfermeiros constitui o chamado Grupo Básico de Trabalho que cobre as áreas de medicina interna, gineco-obstétrica, pediatria e psicologia. O sistema permitiu e incentivou um permanente desenvolvimento científico e técnico dos profissionais que, atuando como médicos de família, podem especializar-se em áreas específicas de sua escolha. Sendo que a medicina familiar em Cuba existe como uma especialidade.

Como resultado deste desempenho da política cubana, no processo de melhoria de qualidade de vida e de especialização da saúde pública cubana, verifica-se diminuição da taxa da mortalidade infantil, em 7.2 por mil nascidos vivos. E 50% da mortalidade total em Cuba correspondem a grupos de idosos maiores de 60 anos.

1.3. 5 O Programa Saúde da Família no Brasil

Há vinte anos, quando foi lançada pela Organização Mundial da Saúde a meta global de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000), tendo como estratégia central a Atenção Primária em Saúde (APS), em resposta ao diagnóstico de grave escassez de serviços que deixava excluída dos recursos da assistência parcela significativa da população, o Brasil, apresentava um quadro sanitário com inúmeras distorções, necessitando, portanto, de uma intervenção de natureza estrutural para a sua correção.

Desde então, o Brasil tem investido, por meio de subsídios governamentais, na expansão da rede física de prestação de serviços, tanto estatal quanto privada, acompanhada de uma profunda reformulação política do setor, no bojo de uma reformulação política do Estado que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos últimos anos, dados todas as transformações mencionadas, as autoridades sanitárias do Brasil têm de enfrentar outro desafio, que é ampliar o acesso à saúde para todas as famílias brasileiras.

Em final de 1993, foi divulgado, pelo Ministério da Saúde, o primeiro documento sobre o PSF, resultado de uma reunião com vários secretários estaduais e municipais de Saúde, professores universitários, especialistas e técnicos.

A origem do programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbi/mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do País. O PACS pode ser considerado no Brasil, o antecessor do Programa Saúde da Família (PSF), por alguns dos seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Com este propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994. Já na época ele foi apresentado como estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade. Ao PSF, foi então, atribuída à função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso.

O PSF foi apresentado, nessa primeira versão, como um modelo de assistência à saúde que visava desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (Silva, Joana A. & Dalmaso Ana Silva W., 2002).

Para tanto, o Ministério da Saúde vem assumindo o compromisso social, desde 1994, no processo de implantação do Programa de Saúde da Família (que incorpora o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991).

Seu principal propósito: reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa.

A formulação da estratégia do SF incorporou os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade, e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da Equipe de Saúde da Família (ESF) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento de famílias e acompanhamento da população da área. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O Ministério da Saúde vem investindo, de forma expressiva, principalmente nos três últimos anos, na implantação do PSF, como parte de um conjunto de medidas e iniciativas visando o fortalecimento da Atenção Básica, de acordo com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As medidas e iniciativas que merecem maiores destaques são: implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), instituído pela NOB/SUS-96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996, e implantado a partir de 1998, com a habilitação progressiva dos municípios na modalidade de “gestão plena da atenção básica”. Este instrumento inaugura a modalidade de transferência “per capita” de recursos de forma regular e automática, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e invertendo a lógica do financiamento procedimentos, o que limitava as ações de promoção da saúde.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas.

O Ministério da saúde recomenda que uma equipe assista de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas. Outros profissionais - a exemplo de

dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Assim, esses profissionais e a população acompanhada podem criar vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Foram definidas as atribuições de cada membro das equipes:

Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro: supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem. Realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

As condições iniciais desfavoráveis à implantação do PSF, não somente no campo do financiamento, mas também na ausência de uma política adequada de formação de recursos humanos e na própria descrença na sua capacidade para induzir mudanças no modelo assistencial, sofreram transformações ao longo da sua trajetória.

A estratégia da Saúde da Família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da comunidade no trabalho da equipe; o vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamentos e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica.

Este novo paradigma aponta claramente para a insuficiência dos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos. Nesse domínio os recursos humanos disponíveis no mercado de trabalho, são os formados e preparados para atuar no modelo

tradicional – centrado no assistencialismo individual e curativo, com ênfase no atendimento hospitalar e respaldado por uma tecnologia altamente sofisticada e usada muitas vezes de forma à crítica.

Para enfrentar esta realidade, o Ministério da Saúde propôs aos serviços e às instituições de ensino, em 1996, o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação direcionado as equipe de Saúde da Família pudesse ser concretizado e fosse ainda possível influenciar no processo de formação destes profissionais.

Desta forma foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família.

Os pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior, que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de saúde, para implementarem programas destinados ao pessoal vinculado à prestação de serviços em Saúde da Família no âmbito de um ou mais municípios (MS, Revista Brasileira, 2002). Paralelamente com grande investimento, em especial nas articulações e na produção de materiais didáticos para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.

Atualmente existem Pólos implantados em todas as unidades da Federação, com o envolvimento de 116 instituições de ensino superior, além de 5 escolas de Saúde Pública das SES. Contudo, o Brasil necessita desenvolver iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação para formar profissionais de saúde, voltados a atender a estratégia de Saúde da Família.

Cada equipe é capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

A estratégia do PSF está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família.

Essa Unidade atua nos seguintes princípios:

- **Caráter Substitutivo** - não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.
- **Integralidade e hierarquização** – a unidade Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculado a rede de serviços de forma que e garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- **Territorialização e adscrição de clientela** – trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que a equipe seja responsável pelo acompanhamento de máximo 4500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional** – a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por: um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

1.3. 6 Programa Saúde da Família na Guiné

O governo de Portugal enquanto manteve a Guiné-Bissau como colônia nunca formulou uma política específica de saúde direcionada ao bem-estar da população, havia naquele período grande deficiência de acesso aos serviços prestados por falta de infraestrutura sanitária. Restava, assim à população recorrer às práticas de medicina tradicional, que predominam até o momento.

Após a independência o novo governo da Guiné-Bissau deu início à organização de serviço de saúde, de âmbito nacional, universal e gratuito, apesar da grande deficiência de recursos em diversas dimensões.

Em 1976, com apoio técnico, financeiro e de formação de quadros a partir dos países como ex-URSS, Cuba, Alemanha, Holanda e outras cooperações, como particularmente a do Banco Mundial, iniciaram-se a construção de estruturas sanitárias em todas as regiões do País. Paralelamente, o Governo através do Ministério da Saúde Pública, se dedicou à elaboração de normas e diretrizes para administrar o sistema de

saúde no nível nacional, com vistas a facilitar o funcionamento dos serviços.

Esse processo ocorreu simultaneamente com a 30^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, cujo lema é “Saúde Para Todos até o Ano 2000” e a 1^a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978. Nesta última a OMS em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) divulgou um novo enfoque para o campo da saúde, que reafirma como meta global “Saúde para Todos até no Ano 2000”, e constitui conforme anteriormente mencionado, como estratégia central, a Atenção Primária em Saúde. Suas recomendações foram à adoção de um conjunto de 8 elementos essenciais:

- educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle;
- promoção e suprimento de alimento e nutrição adequada;
- abastecimento de água e saneamento básico apropriado;
- atenção materna infantil e planejamento familiar;
- imunização contra as principais doenças infecciosas;
- prevenção e controle das doenças endêmicas;
- tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes;
- distribuição de medicamentos básicos;
- a responsabilidades dos Governos pela saúde dos cidadãos;
- o direito da população de participar das decisões no campo da saúde.

A Guiné como outros países em desenvolvimento, com grave escassez de serviços, que dificultava muito o acesso da população à assistência, necessitou de uma intervenção de natureza estrutural para a correção dessa situação, com base nos princípios recomendados.

Neste domínio, em 1978, o Ministério apostou numa Reforma Sanitária na qual foram criados diversos Programas Nacionais tendo por base a Atenção Primária, dos quais destacam-se:

- **Cuidados Primários de Saúde (CPS)** – tendo como propósito o acesso universal, fazendo chegar à saúde perto da população através da participação comunitária de agentes de saúde de base (ASB) nos serviços de saúde, e da população, em geral, na mobilização e locação dos fundos locais;
- **Programa Saúde Materno Infantil (SMI)** – com a missão de assegurar e coordenar as atividades que visam a promoção da saúde materna e infantil, com acento nos aspectos de normalização, formação e supervisão. Mais tarde veio acrescentar-se o componente do Planejamento Familiar.

Ao lado do programa funcionou o Centro de Referência SMI com a missão de oferecer serviços preventivos e curativos as mulheres e crianças e servir de local para estágios para a formação de técnicos. O papel de referência nunca foi bem esclarecido ou normalizado, pelo que tem sido bastante discutido. Na realidade os centros de saúde regionais referem os seus pacientes diretamente para o Hospital Nacional. Concretamente através deste programa, pretendia-se até o ano 2000:

- reduzir a taxa de mortalidade infantil de 140/1000 à 98/1000 nascidos vivos, e mortalidade materna de 700 por 100 000 nascidos vivos a 457 por 100 000 nascidos vivos;
- promover o espaçamento dos nascimentos de pelo menos 2 anos, atingindo 70% de cobertura das novas mães;
- elevar para 70% a cobertura de cuidados pré-natais até ao termo de gravidez;
- promover o parto institucional ou assistido por técnicos de saúde, de 10% para 50%;
- **Programa Alargado de vacinação (PAV)** – aumentar a cobertura vacinal de 60% a 90% e das mulheres em idade fértil de 43% a 70%, erradicar a poliomielite e eliminar o tétano neonatal.
- **Programa Luta contra Paludismo/Malária e Programa Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS)** – criado mais tarde e são endêmicas no país. O paludismo é a principal causa de mortalidade e morbidade geral no país. O objetivo foi aumentar para 100% de cobertura e melhorar a acessibilidade das populações ao diagnóstico e tratamento precoces e correto, no quadro dos cuidados primários de saúde (MINSAP, 2000).

É de enfatizar, que estes programas tinham os seus objetivos a serem cumpridos e respectivamente as metas traçadas, mas eles atuavam de uma forma bastante vertical e não alcançaram o objetivo preconizado.

A Guiné Bissau continuou a ter os agravos infecciosos como a primeira causa da morbi/mortalidade, enquanto que os países desenvolvidos os principais agravos estão ligados às doenças crônicas degenerativas.

Passados anos, a Guiné continua com os mesmos problemas. Tendo ainda outro estrangulamento que está relacionado com o financiamento.

Em 1994, em busca de saída da crise, o Governo da Guiné-Bissau se empenhou num processo de consultas setoriais com objetivo de coordenação e mobilização da ajuda, no quadro de um programa de ação. A partir desta data, o Ministério organizou e

realizou uma série de seminários e elaborou guias de planejamento regional. Em junho de 1997, organizou uma mesa Redonda Setorial para elaboração e apresentação de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para o período de 1998-2002. O plano configurava um quadro estratégico aprovado pelo governo para as intervenções sanitárias ao longo dos cinco anos, cujo objetivo geral era contribuir para a melhoria da situação socioeconômica e bem estar da população da Guiné-Bissau. O objetivo específico do plano era que o sistema nacional de saúde fosse reforçado em todos os níveis: para além dos serviços de prestação de cuidados, as estruturas de gestão e respectivas ligações funcionais intra e intersetoriais deviam ser preparadas para responder às necessidades gerais e específicas das populações de cada região (MINSAP, 1998).

De acordo com a segunda linha estratégica do PNDS era fundamental o reforço institucional e da capacidade de gestão. O PNDS identificou oito ações prioritárias para atingir seu objetivo, e uma das prioridades é integração dos programas técnicos centrais. Trata-se, por um lado, de melhorar a utilização de recursos incluindo os recursos humanos e, por outro, dar coerência e coordenação aos múltiplos programas verticais de saúde.

Assim, em 1998, foi criado o Programa Saúde de Família (PSF), considerado prioritário para o processo de integração, cujo objetivo era prestar serviços de saúde a partir de uma abordagem global do indivíduo e da família a partir da atenção básica.

O Programa, em tese, incluiu os atuais programas de: Saúde Materna Infantil e Planejamento Familiar (SMI/PF), o Programa Alargado de Vacinação (PAV), Cuidados com as Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas (CDD/IRA), Reabilitação Nutricional, sob a Direção dos Cuidados Primários de Saúde.

Tendo como foco saúde de família, percebida a partir do seu ambiente físico, social e cultural, este modelo deveria possibilitar às equipes regionais tanto uma compreensão ampliada do processo saúde/doença quanto intervenções que fossem para além das práticas curativas habituais. O programa tem uma estrutura central, e uma representação de um elemento em cada membro da equipa regional de saúde. Os agentes de saúde de base e matronas funcionam sob orientação dos responsáveis de cada área sanitária, de acordo com orientação da equipa regional de saúde.

Não existiu uma formação específica em matéria de saúde da Família. Os médicos são os de clínica geral, em que os mesmos prestam serviços ou cuidados curativos de saúde nos hospitais regionais de referencia e centro de saúde tipo “A”. Nos centros de saúde, os enfermeiros gerais, auxiliares, parteiras e laboratoristas constituem

uma equipa técnica de trabalho. Estas categorias de profissionais, que cobrem as áreas de medicina curativa, preventivas e outras atividades complementares nas respectivas áreas sanitárias. Nas Unidades de Saúde de Base são os agentes saúde de Base e as matronas que prestam os cuidados chamados "Pacote Mínimo das Atividades", que será desenvolvido no capítulo de sistema de saúde.

Portanto, a partir destes países passamos apresentação de algumas considerações acerca das experiências dos mesmos no quadro abaixo:

Quadro 1 – Comparação da experiência internacional do PSF

Caracter.	Países					
	Reino Unido	Canadá	Cuba	Brasil	E. Unidos	Guiné - Bissau
Acesso	Universal (cobre 100% da população)	Universal (cobre 100% da população)	Universal (cobre 100% da população)	Universal (Ainda com dificuldades na cobertura)	Seletivo	Universal (Ainda com dificuldades na cobertura)
Oferta de serviço	Grande predomínio do setor público na oferta de serviço	Mix público privado de prestação	Sistema totalmente público	Público/privado	Grande predomínio do setor privado	Grande predomínio do setor público na oferta de serviço
Papel do Estado	Forte regulação pelo estado e financiamento			Regulação pelo estado e financiamento.	Estado é responsável pela coordenação de uma política nacional de saúde	Regulação pelo estado
Setor privado	Baixo peso do setor privado (10% de assistências)	Cerca de um terço das despesas do sistema público de saúde são pagas a prestadores privados.	ausente	Alta influência do setor privado na prestação hospitalar e de exames diagnósticos. 25 % da população tem seguro privado suplementar.	Apoio essencialmente no setor privado	Baixo peso do setor privado
Financiament	Público	Público	Público	SUS Público	Predominante privado	Público
Co-pagamen. atenção primária	gratuito	gratuito	gratuito	gratuito	Não gratuito	Co-pagamento

Comparação da experiência internacional do PSF (continuação)

Característica	Reino Unido	Canadá	Cuba	Brasil	E. Unidos	Guiné - Bissau
Formação em medicina de família. Médico generalista	Escolas de medicina com currículos da graduação e pós-graduação, voltado para clinica geral medicina de família.			Pólos de capacitação em saúde da família.	AMA criou fundamento de uma política federal e estatal para cursos pós-graduação em medicina de família.	Escolas de medicina sem currículos voltados para a formação do médico de família. Alguns cursos de capacitação direcionada á PSF.
Porta de entrada	Médico generalista	M. generalista e alguns especialistas	Médico generalista	Médico generalista em algumas das áreas PSF implantado e SUS municipal integrado.	Médico generalista e especialista em Medicaid e em alguns planos privados de managed care.	Agentes de Saúde de Base nas Unidades de Saúde e enfermeiros nos centros de saúde tipo "C". Médico generalista nos C S "C" urbana e "B" rural.
Formação de equipes	Diversos profissionais trabalham na atenção primária, mas não há equipe no sentido do PSF.	Não há equipe de médico de família.	Equipa básica com 15-20 médicos e enfermeiros divididos em setores de 130 famílias com um consultório e residência do médico.	Unidades básicas com equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitário de saúde. Assistem 600 a 1000 famílias.	Não há equipe de PSF	Não existem equipes de PSF. Mas sim uma equipe de coordenação no nível nacional e uma representação em cada região.

Fonte: pesquisa, PSF, 2004, baseado na revisão bibliográfica.

Capítulo II. Procedimentos Metodológicos

2.1 A Estratégia da Pesquisa

O estudo foi encaminhado por uma estratégia que é a pesquisa sintética, uma abordagem dedutiva, onde se parte de pressupostos teóricos e a realidade empírica observável e documentada.

O procedimento escolhido foi o estudo do caso, indicado quando queremos examinar o conjunto das relações que existem entre diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre o acontecimento ou quando se trabalha sobre uma problemática contemporânea (HARTZ, 1997). A potência explicativa desse tipo de estudo não decorre da quantidade de observações, mas da coerência estrutural e/ou temporal das relações que podemos observar. Ela é fundamental na profundidade da análise e não na quantidade de unidades estudadas. O termo “profundidade” significa uma alternativa para abranger o programa na maior amplitude possível de suas ações, (Contandriopoulos et al., 1989 apud HARTZ, 1997). Os níveis de análises correspondem aos vários patamares de explicação no fenômeno que se quer analisar (Yin, 1984, apud HARTZ, 1997).

A análise do Programa Saúde da Família na Guiné Bissau pode se favorecer desse tipo de estudo, à medida que ele fizer a identificação das fortalezas e deficiências do processo de implementação (Hartz, 1999) e o seu posterior monitoramento e avaliação no plano institucional.

Para Contandriopoulos et al. (1997), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisão”. Para o autor, uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em contexto específicos, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com objetivo de modificar uma problemática. Afirma ainda que, qualquer que seja a intervenção, ela pode sofrer dois tipos de avaliação: estudar cada componente da intervenção em relação a normas e critérios, trata-se da avaliação normativa ou examinar por procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção – pesquisa avaliativa.

O estudo de avaliação do processo de implementação na generalidade é uma subárea específica da pesquisa de avaliação de política que dentre outros tipos, inclui a avaliação de processo.

Segundo Perez mostra que para alguns atores, a implementação basicamente um processo de uma série de decisões e de ações postas pela autoridade legislativa central, a qual não se confunde com o produto. Ainda refere que para Lester e outros (1987), a implementação refere-se a todo o processo iniciado com o estabelecimento da política até o seu impacto. O autor enfatiza que numa concepção geral, a implementação distingue-se de duas e outras etapas da policy:

1. a fase da formação da política – implicando a constituição da agenda, a definição do campo de interesse e a identificação de alternativas;
2. e a fase da formulação da política – quando as várias propostas se constituem em políticas propriamente dita, mediante a definição de metas, objetivos, recursos e a explicitação da estratégia de implementação.

O autor também sublinha as dificuldades de distinguir a implementação da própria política e do programa baseando na discussão de autores Pressman e Wildavsky. Estes – segundo ele - delimitam o início de processo de implementação no momento da transformação da política em programa, isto é quando, por ação de uma autoridade são criadas “condições iniciais” à implementação.

Como se referiu acima, avaliação do processo de implementação é uma subárea específica da pesquisa avaliativa, nesta base segue o conceito da mesma e a sua caracterização.

A pesquisa avaliativa – elabora-se a partir de procedimento científico, ou seja, podemos querer examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Esta se distingue em tipo e a natureza. Quanto ao tipo pode ser: ex ante e ex post.

No caso agora realizado é feito, avaliação ex-post, após a realização do programa, através de duplo objetivo:

- Verificar os graus de eficiência e eficácia com que o programa está atendendo a seus objetivos;
- Avaliar a efetividade do programa, ou seja, seus resultados.

“Eficácia entende-se avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e os seus resultados efetivos”. Esta avaliação pode ser feita entre, por exemplo, as metas propostas e as metas alcançadas pelo programa ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles efetivamente empregados, (Figueiredo & Figueiredo, 1986 apud Arretche, 2001).

“Eficiência entende-se a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados”. (Figueiredo & Figueiredo, 1986 apud Arretche, 2001).

“Efetividade entende-se o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação”. Exemplo: um programa de vacinação pode ser bem-sucedido em termo de uma eficácia, na possibilidade de atingir uma quantidade satisfatória de suas metas de vacinação, ou em outra palavra, vacinar x crianças em um prazo dado. Isto não quer dizer que o programa seja bem sucedido do ponto de vista dos resultados dele esperados, o que quer dizer reduzir a incidência da doença que se propunha a erradicar ou diminuir substancialmente num horizonte x de tempo. (Figueiredo & Figueiredo, 1986 apud Arretche, 2001).

Quanto à natureza as avaliações distinguem-se em: avaliação de resultados avaliação de processos.

Avaliação de resultados, normalmente se quer saber, dos programas, se estes cumpriram seus objetivos e também saber o quanto e com que qualidade seus objetivos foram cumpridos. Ou seja, se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. Este vai ao encontro da avaliação de eficácia. A sua apreciação é feita comparando-se os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados. E ainda abrangem diversas fases como: resultados propriamente ditos, impactos e efeitos.

Neste trabalho foi utilizada, avaliação de resultados ou de desempenho (propriamente dita) o que pode definir como produtos do programa, previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de produção. Ex: cobertura de uma vacinação em relação à população prevista (% da população alvo vacinada), números de vacinas aplicadas. Já, avaliação de impactos, não é o caso neste estudo dado que se referir às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocados. Exemplo disso em um programa de vacinação, o impacto será a redução da incidência da poliomielite. E por último, avaliação de efeitos refere-se a outros tipos de impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou. Exemplos: No caso da vacinação, o aumento de nível de informação da população em geral acerca da enfermidade pode ser um dos efeitos do programa, a melhoria da capacitação dos agentes para executar ações de campanhas de vacinação.

É de ressaltar, que, em uma mesma pesquisa de avaliação pode-se avaliar, simultaneamente os três tipos de resultados ou uma delas só.

Existem ainda, vários autores com outros conceitos sobre avaliações, como: Hartz (1997) propõe que para avaliação da qualidade dos serviços de saúde se considerem três componentes fundamentais: estrutura, o processo e os resultados, que entende como:

Estrutura compara-se os recursos ou insumos empregados sejam eles financeiros, humanos ou materiais e sua estrutura; Processo, os serviços ou bens produzidos, ou seja, conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos; Resultados comparam-se os resultados obtidos com critérios e normas o que significa as mudanças verificadas, sejam eles relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos ou a mudanças de comportamentos, conhecimentos ou ainda á satisfação dos usuários dos serviços.

O estudo pretendido tem por objetivo analisar o processo de implementação do Programa Saúde da Família na Guiné Bissau, com foco no componente de atenção materno/infantil, baseado, nos conceitos mencionados acima, a eficácia, eficiência. Para análise dos níveis da intervenção foram utilizadas como fontes de informação entrevistas semi-estruturadas, aos gestores de saúde dos níveis central, regional e locais, alguns parceiros internacionais, responsáveis nacionais e regionais, do Programa Saúde da Família. E ainda trabalhou-se com os indicadores operacionais do programa através da apreciação dos processos e resultados.

Segundo Hartz (2000) referindo-se ao caso brasileiro “a reorganização da Atenção Básica em Saúde, implementada pelo PSF, vem sendo monitorada por metas pactuadas com indicadores de morbi-mortalidade e pela produção de serviços solicitados nos sistemas de informação”.

Para estudo do PSF na Guiné-Bissau foram selecionados os seguintes indicadores:

Indicadores utilizados para caracterizar o estado de saúde e do sistema de saúde da região de Bafatá: mortalidade materna, mortalidade infantil, mortalidade e morbidade específica (diarréia, paludismo/malária, infecções respiratórias agudas, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS).

Indicadores relacionados com a disponibilidade e acessibilidade do serviço na região de Bafatá: % infra-estrutura reformada, construída em relação ao previsto, % infra-estruturas com equipamento conforme a lista estandardizada, % infra-estruturas com o pessoal mínimo, número agentes (parteiras, enfermeiro médicos), % cobertura

das vacinações e consultas pré-natais, acessibilidade geográfica da população que vive num raio de 5 km do centro de saúde ou num raio de 2km de um ponto da estratégia avançada: posto de saúde ou unidade de saúde de base.

Indicadores de processo, gestão e implantação do PSF na região de Bafatá: regularidade de supervisão, da estratégia avançada, da supervisão às unidades de saúde de base, participação comunitária no âmbito de comitê de gestão das áreas sanitárias.

Indicadores dos resultados: cobertura efetiva dos componentes do pacote mínimo de atividade, consultas pré-natais, incluindo PAV, grávidas, mulheres em idade fértil.

Para tal, proceder-se-á a uma investigação, em que se utilizará o método qualitativo e quantitativo e privilegiando a avaliação normativa e aspetos ligados à cobertura dos subprogramas.

A unidade de análise utilizada é o Programa Saúde de Família (PSF) e seus componentes (subprogramas) – representado por integração de alguns programas - tais como: Saúde Materna Infantil (SMI), Programa Alargado de Vacinação (PAV) Reabilitação Nutricional, Controlo de Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas (CDD/IRA) e especificamente esta unidade relacionado com atenção materno infantil em região de Bafatá. Para estudo de caso será utilizado o desenvolvimento da teoria, a construção do protocolo de coleta de dados, a seleção dos casos, o relato individual deles, o confronto da realidade empírica observada com o modelo teórico e a posterior extração das conclusões sobre a implementação e desenvolvimento das sugestões para o Programa.

2. 2 Região Caso

A região escolhida é Bafatá. Dada a situação geográfica, administrativa e sócio-demográfica. Bafatá é uma das regiões do interior, situada no Leste do País, sendo considerada a segunda cidade do país, a qual apresenta os seguintes fatores assistenciais e especificidade regional que concernem diretamente à questão da mortalidade materno/infantil: a população apresenta o predomínio da etnia fula de origem cultural muçulmana é umas das regiões com elevada taxa de mortalidade materna, dada às características dessa população: pequena estatura das mulheres fulas, casamento e gravidez precoce e seqüelas da excisão (mutilação genital feminina).

Esta região foi analisada com as suas respectivas as áreas sanitárias apresentados adiante.

2.3 Coleta dos Dados

Os dados para o presente estudo foram obtidos de fontes secundárias e primárias. O estudo foi realizado em duas fases. A primeira fase, relativa à recolha de experiência internacional de alguns países, com base na revisão bibliográfica, onde em primeiro momento deu-se coleção de documentos técnicos, oficiais, publicações, relatórios de pesquisa, Congressos, Conferências referentes às experiências internacionais e documentos normativos referentes ao PSF no Brasil. Nesta etapa recorreu-se, basicamente, ao acesso da documentação nas bibliotecas do Ministério de Saúde do Brasil – nos acervos da FIOCRUZ, e da Bireme – à página eletrônica, aos contactos estabelecidos na Fundação Oswaldo Cruz – Núcleo de Estudos Políticas Sociais do Departamento Administrativa, Planejamento e Saúde da ENSP/FIOCRUZ (Nupes), sem falar da ajuda das minhas colegas e contactos pessoais com muitos professores das diferentes disciplinas. A base destas documentações procurou-se selecionar experiências de Saúde da Família que pudessem ser consideradas bem sucedidas. Buscou-se a descrição das experiências dos outros países em saúde de família, concluindo com uma síntese das principais características dos sistemas de saúde, que pretenderam uma abordagem integrada da saúde de suas populações.

A segunda fase foi desenvolvida por meio da realização de um trabalho de campo para estudo de caso na Guiné-Bissau, com a utilização de técnicas de investigação com entrevistas semiestruturadas a um conjunto de gestores do nível central e executores operacionais de saúde nos níveis regional e local, concretamente a região de Bafatá.

O trabalho de campo iniciou-se no Brasil, na tentativa de efetuar-lo através de entrevistas à distância, com envio de questionários em meio eletrônico, sem ter a necessidade de uma deslocação à Guiné, no mês de novembro. As entrevistas tinham sido enviados através do correio eletrônico, com a expectativa de obter as respostas por mesma via. Mas o fato culminou sem êxito. Os questionários não foram devolvidos sendo necessário partir a Guiné.

O trabalho de campo inclui coleta de dados de documentos disponíveis localmente, como nos serviços da epidemiologia na Guiné, bancos de dados de sistema de informação deste serviço, relatório de atividades anual, relatórios estatísticos mensais, manual de normas e procedimentos na Direção Regional de Saúde em Bafatá.

No nível central foram realizadas entrevistas com gestores do Ministério de Saúde, parceiros internacionais e a coordenação do Programa de Saúde de Família. No nível regional procurou-se a Direção Regional. Para estes atores, os roteiros foram

estruturados em torno de quatro dos seguintes tópicos: identificação dos atores – perfil dos atores envolvidos a este nível; histórico de implementação do programa - formulação da política, motivação, definição e engajamento do MS, dimensão temporal e atores estratégicos, mobilizados ou não – apoio e resistências à implementação do programa, subprocessos e estágios pelos quais se desenvolveu a implementação, integração do sistema, modalidades, integralidades da atenção e principais problemas que a coordenação enfrenta; composição dos recursos humanos - atores estratégicos á nível da execução, gestão de recursos humanos para Saúde da Família;

Os responsáveis das áreas sanitárias e ASB/Matronas, estes continham quatro tópicos no roteiro, o qual foi adicionada atividade realizada nos centros de Saúde e Unidades de Saúde Base.

2. 4 Os roteiros no campo

Os roteiros dos entrevistados seguiram alguns tópicos comuns a todos os atores entrevistados com acréscimos de tópicos específicos aos responsáveis das áreas sanitárias e aos agentes de saúde de base, conformando uma espécie inventário auto-aplicável (sim e não) na sua maioria referente às atividades realizadas, cobertura, equipamento e materiais. Neste caso foi onde se observou maior dificuldade da obtenção de informações pelas limitações dos profissionais. (no anexo o roteiro).

Foram estabelecidas as metas de visita, entrevista direta e pessoalmente a cada ator. Foram realizados agendamentos para entrevistas e visitas as instituições componentes do Programa. Esta atividade foi programada para o 2º semestre de 2003, mas dada dificuldade de várias ordens, só se iniciou em fevereiro de 2004, quando enfim foi possível deslocamento para Guiné. Solicitou-se aos atores os agendamentos das entrevistas, bem como disponibilidades de meios de transportes para visitar as áreas sanitárias, outras instalações de redes e atividades dos gestores, bem como o acesso aos documentos de interesse do estudo.

Em Bissau, as entrevistas foram efetuadas a 12 atores do nível central. E Bafatá ouviu-se 28 atores do nível regional e local. Entre os quais: no nível regional três: médico, enfermeiro e parteira. No nível local realizaram-se com sete responsáveis da áreas sanitárias e 18 agentes saúde de base e também foram admitidas a participação em alguns questionários, as matronas, que representam quatro pessoas em cada área sanitária selecionada. Estas informações foram por sua vez compiladas num quadro

lógico, para sua análises e síntese das representações de atores. As entrevistas foram gravadas e editadas preenchendo o roteiro com informações fornecidas.

Foram utilizadas as questões nos diferentes roteiros como instrumento de entrevista, segundo os diferentes níveis: roteiro para os gestores a nível central e os parceiros, roteiro para coordenação do PSF, para direção regional, para responsáveis das áreas sanitárias e os Agentes de Saúde de Base. (anexo). Não foi possível a entrevista com a responsável do Programa alargado de Vacinação (PAV). No total foram realizadas 40 entrevistas.

Capítulo III. Caracterização da República da Guiné Bissau e de sua Região de Bafatá

Para uma melhor compreensão da escolha da área sanitária e familiarização com o contexto da Guiné, apresento resumidamente as principais características deste pequeno País da costa ocidental da África como:

1. Algumas características Geográficas;
2. Situação Sócia – Demográfica e Alfabetização;
3. Situação político administrativa;
4. Sistema de Saúde

3. 1 Alguns características geográficas

A República da Guiné Bissau fica situada na Costa Ocidental da África, limitada a Norte pela República do Senegal, a Leste e Sul pela República da Guiné Conakry e a Oeste pelo Oceano Atlântico. A sua superfície total é de 36 125 km² dos quais 27.700 km² constituem superfície imersa, devido à fraca elevação do país, relativamente ao nível médio das águas do mar. As marés penetram no interior até cerca de 150 km, fazendo com que algumas áreas fiquem parcial ou totalmente inacessíveis durante parte do ano. O país é constituído por uma parte continental e uma parte insular que engloba o Arquipélago de Bijagós, composto por cerca de 90 ilhas e ilhéus, dos quais somente 17 são habitado. Pode-se identificar essencialmente três zonas, uma costeira no Oeste, uma de transição no centro, caracterizada por planaltos ligeiramente ondulados e uma zona de planalto e de colinas na Região de Boé.

A topografia favorece a existência de duas zonas de alta potencialidade produtiva, as zonas influenciadas pelas marés e as zonas circundantes às grandes bacias dos Rios Geba e Corubal, devido à grande disponibilidade de águas superficiais. O rio Corubal, cuja corrente é muito rápida favorece o habitat dos simulídeos, moscas portadoras da filaria *Onchocerca vólvulos*, o agente infeccioso causador da oncocercose.

Na Guiné Bissau verificam-se duas estações climáticas, uma seca que vai de Novembro a Abril e outra de chuva que se estende de Maio a Outubro, estando as duas condicionadas, pelo regime dos ventos. No Norte-Leste o clima é do tipo “sudanês” com muito calor e pouca umidade, enquanto no Sul o clima é do tipo “sub-guineense”, caracterizado por uma forte precipitação e temperaturas menos elevadas. A precipitação pode alcançar níveis aproximados de 2500 mm no Sul, enquanto no Norte têm sido

registradas precipitações da ordem dos 1400mm, tem-se verificado desde a década de 50 uma tendência progressiva de declínio das precipitações.

3. 2 Situação sócio – demográfica

O Recenseamento Geral da População e Habitação, realizado em Dezembro de 1991 pelo Instituto Nacional de Estatísticas e Censo apresenta o número aproximado de um milhão e duzentos de habitantes, representando um aumento de cerca de 215 628 pessoas em relação ao censo anterior (1979) e uma taxa de crescimento médio anual de 2.3%, no período entre 1979 e 1991. Trata-se assim de um país com uma densidade de 30 habitantes por km². Os efetivos da população do Setor Autónomo de Bissau¹ permitiram confirmar as tendências sempre crescentes do êxodo rural, tendo-se verificado uma taxa média de crescimento anual de 5%, superior ao dobro da taxa média global. As mulheres representam 51,6% da população contra 48.4% de homens.

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

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

Apesar da riqueza incontestável que constitui o património lingüístico, não deixa de constituir uma das grandes limitações nos contatos dos técnicos de saúde com as populações e a produção e difusão das mensagens de saúde. O crioulo, simbiose das línguas dos povos colonizadores, muito particularmente o português e as línguas autóctones, desempenhou durante a Luta Armada de Libertação Nacional um papel de extrema importância para a comunicação e unificação; é atualmente considerado língua franca do país, na medida em que é falado por mais de 50% da população, sobretudo urbana.

A Guiné Bissau tem uma taxa de analfabetismo entre os adultos da ordem de 75%. A taxa bruta de escolarização é de 53% e a sua taxa líquida baixa para 26% (relatório BM, 1996). A alfabetização constitui sempre uma das prioridades da política

¹ Setor Autónomo de Bissau (SAB) – Bissau é capital da República da Guiné-Bissau. Bissau é dos setores da Região Administrativa de Biombo. Mas ele tem uma autonomia administrativa de Biombo.

educativa no país e recentemente, muitas iniciativas ligadas, sobretudo ao desenvolvimento das ONG's, preconizam o relançamento de ações neste sentido, integrando-se aos programas componentes de conhecimento social e econômico, como saúde, nutrição, planejamento familiar, economia doméstica, contabilidade e gestão financeira.

Os baixos níveis de informação, alfabetização e escolarização favorecem a persistência de algumas tradições e costumes nocivos á saúde, nomeadamente:

- atribuição das causas das doenças a fatores místicos resultando na rejeição dos serviços de saúde ou recurso tardio dos mesmos, provocando em grande parte das vezes fatalidades;
- práticas nefastas à saúde da mulher e da criança, tais como o casamento/maternidade precoce e a excisão, que aumentam indubitavelmente o risco de morbi-mortalidade materna infantil, a sedução e o abuso sexual de raparigas;
- reduzida percepção da importância da prevenção da doença e promoção da saúde
- na contribuição para o bem-estar e o desenvolvimento.

3. 3 Situação político administrativa

A independência da Guiné Bissau foi proclamada unilateralmente pelo Partido Africano para Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), depois de dez anos de luta armada de libertação nacional, em setembro de 1973 e foi reconhecida por Portugal somente em setembro 1974.

No decurso do segundo semestre de 1994, depois da libertação política conduziu-se à organização de eleições pluripartidárias, nas quais o PAIGC anteriormente partido único alcançou a maioria parlamentar e a formação do Governo. No final de 1998, o país foi vítima de uma intervenção militar que terminou em golpe de estado e derrubada do governo. Depois de várias negociações de cessar fogo, seguido de um acordo denominado “Acordo de Abuja²” deu-se o espaço para segunda eleição em 1999, na qual venceu o Partido de Renovação Social (PRS). Este governo também não chegou ao

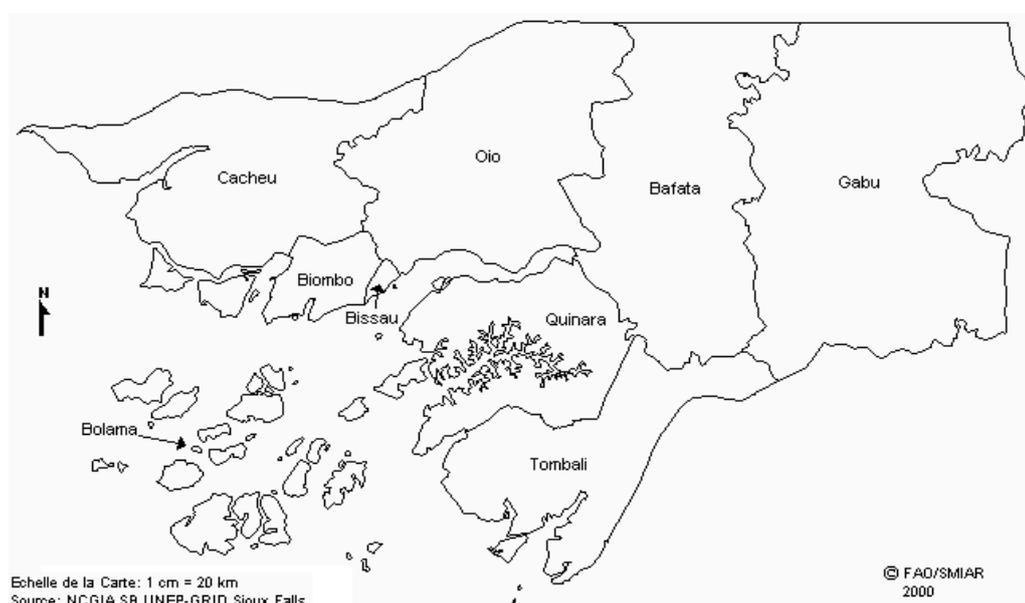
² “Acordo de Abuja” – um acordo de cessar fogo, assinado em Abuja. Esta é capital da República da Nigéria / África.

fim do seu mandato. No início de 2º trimestre de 2004, fez-se outra eleição, que deu maioria parlamentar ao PAIGC, formando um novo governo.

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

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

Figura 1 – Mapa político administrativo da República da Guiné-Bissau



3. 4 O Sistema Nacional de Saúde (SNS)

O Sistema Nacional de Saúde da Guiné Bissau é organizado nos moldes de um serviço nacional de saúde financiado com recursos de fundo internacional e (maior parte) público. Busca cobrir a população com pacote mínimo de atividade.

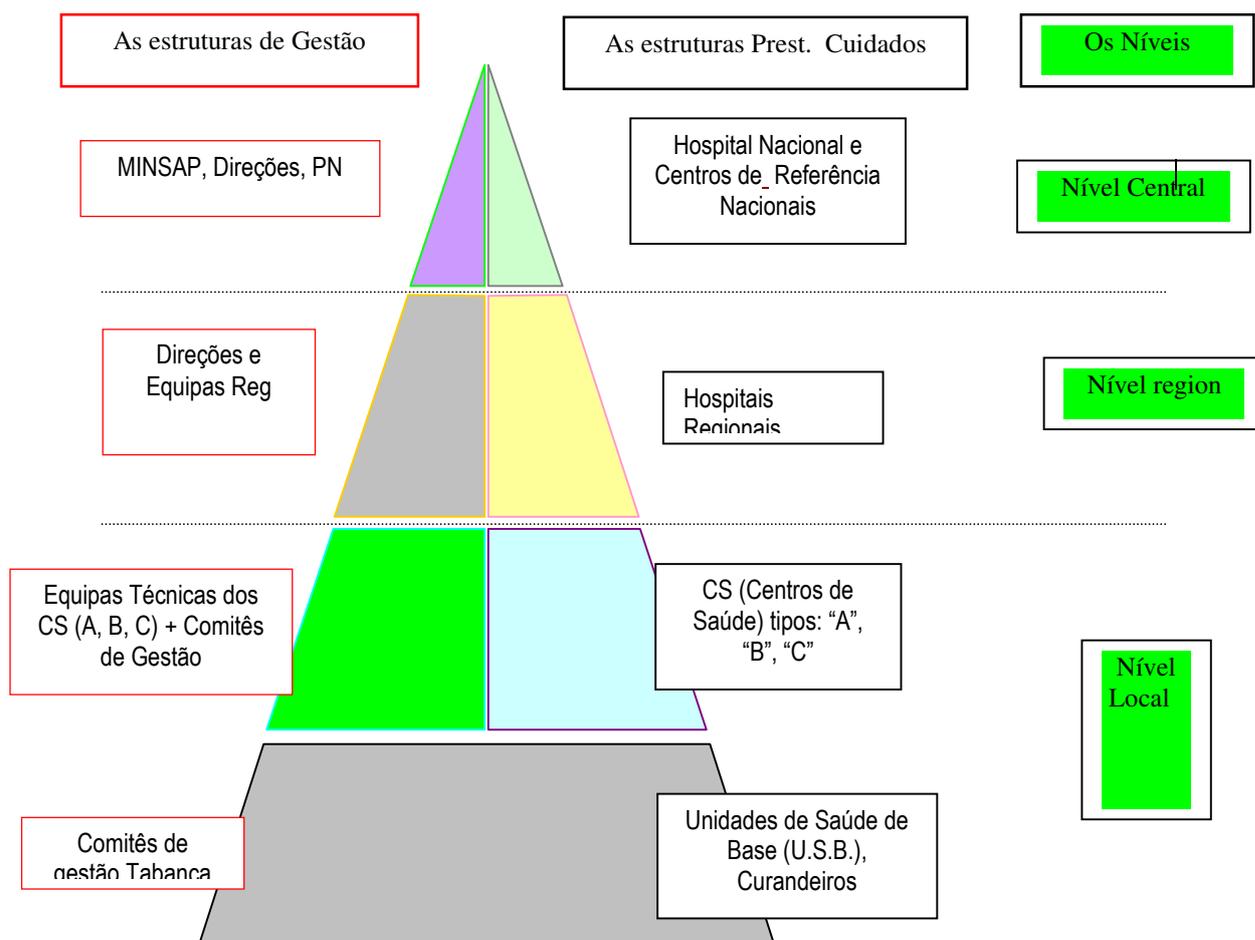
O sistema pode ser esquematizado em forma duma pirâmide (ver Figura 2), estruturado em três níveis de governo. Apresentam-se sucessivamente os diferentes níveis com as respectivas estruturas, que respondem por três funções: as estruturas de gestão, as estruturas de prestação de cuidados, as estruturas de formação e pesquisa, assim como as ligações funcionais entre estas diferentes estruturas⁴.

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

⁴ Estas estruturas estão definidas nos itens abaixo.

E ainda existem em cada nível, estruturas às quais cabe normalmente a coordenação para ação intersectorial⁵. Fazem parte do SNS as estruturas do sector público na sua maioria, como também estruturas do sector privado que gradualmente se desenvolvem no país e as estruturas de iniciativa comunitária como as Unidades de Saúde de Base – USB, que são construídas e mantidas por parceria entre o sector público e a comunidade. Este que organiza fundos para tal.

Figura 2 - Os níveis e as estruturas do Sistema Nacional de Saúde, Guiné-Bissau, 2003



Fonte: PNDS, 2003.

3. 4. 1 Níveis e funções

Distingue-se no Sistema Nacional de Saúde três níveis de governo: central, regional e local.

⁵ Ação intersetorial também definida neste capítulo no item abaixo.

No nível central

O Ministério da Saúde Pública, que é responsável pela gestão global das atividades em prol da saúde. Suas atribuições são, por um lado, a elaboração de políticas e estratégias, a regulamentação e fiscalização das atividades, a mobilização e coordenação da ajuda externa; e, por outro lado, prestar orientação técnica e o apoio operacional e logístico para os diferentes programas e atividades sanitárias.

Nível regional

Este corresponde à divisão administrativa territorial do país, com exceção feita para a Região Administrativa de Bolama/Bijagós que foi subdividida em 2 Regiões Sanitárias: Bolama e as ilhas Bijagós. Por um lado, a subdivisão ocorreu dada a posição central da ilha de Bubaque, para dar a facilidade de comunicação, às outras ilhas de Bijagós. Por outro lado, dado o papel geopolítico e histórico da ilha de Bolama. Esta foi o primeiro capital colonial, que concentrou grande parte da intelectualidade da Guiné-Bissau. Tendo assim personalidades intelectuais descendentes da ilha de Bolama, com uma certa influência na esfera política do país.

Em seminário nacional sobre “O Desenvolvimento do Sistema de Saúde” realizado em abril 1994 recomendou-se outra separação, dos setores de São Domingos /Bigene pertencentes à região de Cacheu garantindo-se a sua autonomia como Região Sanitária. Esta decisão se deveu ao isolamento relativo e falta de comunicação entre aqueles dois setores e a sede regional de Cacheu, dado, a travessia do rio de Cacheu e também as características específicas de dois setores como zona da fronteira.

Assim, distinguem-se 11 regiões sanitárias, sendo que outras correspondem às crescidas regiões administrativas de Bijagós e São Domingos e o setor autônomo Bissau. Este é o capital da República. (Ver o mapa, figura 1)

Em Agosto 1994, foi criada a Direção do Setor Autônomo de Bissau, na capital, equiparada em princípio com as Direções Regionais de Saúde. A criação desta direção trouxe certos problemas de legitimidade devidos a:

- Sua localização na capital, onde está até certo ponto em concorrência com a autoridade nacional e com sobreposições de competências com programas e serviços centrais;
- Os poucos recursos que dispõe: existem apenas três CS e alguns postos no SAB (Setor Autônomo de Bissau), dos quais só o CS de Bandim está bem equipado.

As regiões sanitárias têm funções estratégicas e operacionais. Elas traduzem a política nacional em atividades concretas no local, adaptando-se ao contexto e às especificidades locais. (MINSAP/PNDS, 1998)

Nível local

O país é subdividido em 36 setores administrativos sem contar com o Setor Autônomo de Bissau, que é equiparado com uma região. Este nível é considerado como o nível operacional cujo papel é de efetuar o pacote de atividades previsto para o primeiro escalão dos cuidados primários de saúde.

As áreas sanitárias respeitam os limites dos setores administrativos, quer dizer que dentro de um setor administrativo pode haver 1, 2 ou mais áreas sanitárias, mas uma área sanitária em princípio não deve abranger o território de dois setores administrativos vizinhos. Este critério populacional, nem sempre é obedecido, dado que em certas zonas do país, devido a características geográficas específicas são adotados o critério de custo-eficácia dos recursos (infra-estruturas, pessoais, equipamentos, meios de transporte) numa área sanitária e a rentabilidade das atividades nesse nível além da acessibilidade das populações aos serviços sanitários. Por exemplo, as ilhas de Bijagós não constituiriam uma área sanitária pelo critério populacional.

Segundo o mapa sanitário vigente está organizado em 114 áreas sanitárias dotadas. Em geral cada uma coberta por um centro de saúde.

As áreas sanitárias compõem o nível local e por sua vez são constituídas por “Unidades de Saúde de Base (USB)” com boa aceitação no contexto da Guiné Bissau, no âmbito do PNDS. Existem cerca de 693 USB em todo país. A Região selecionada para o estudo do caso, a de Bafatá tem 13 áreas sanitária e 85 USB, em 2004.

3. 4. 2 As Estruturas de Gestão e prestação de serviços, segundo o nível de governo

O nível central

O Ministério de Saúde Pública (MINSAP) tem duas Direções Gerais, a Direção Geral de Saúde Pública (DGSP) que representa a própria missão do MINSAP em termos de coordenação das atividades e programas técnicos e a Direção Geral de Plano e Cooperação (DGPC) que reúne os serviços e funções de apoio e estratégicos.

No âmbito da Direção Geral de Saúde Pública – localizaram-se os 10 Programas Nacionais, muitas vezes com uma abordagem vertical que tiveram uma autoridade

importante. Cada um destes tem o seu próprio diretor, as suas próprias estruturas, organização, sistema de gestão (a planificação, o seguimento, a supervisão, a avaliação e o sistema de informação) e recursos. Estes programas de fato gozam uma autonomia considerável, no que diz respeito à mobilização e controle dos seus recursos financeiros, acarretando uma diferenciação muito grande entre eles. Alguns destes programas são muito ricos. Essas diferenças, contudo, refletem por vezes as influências externas, que cada um mobiliza e não as prioridades como sentidas pelos nacionais.

A Direção Geral de Planificação e Cooperação integra a maior parte dos serviços e funções de apoio, tais como a Direção de Administração e Finanças/Patrimônio, a Direção dos Recursos Humanos, a Planificação e a coordenação da Ajuda Externa.

Os maiores estrangulamentos ao nível do governo central são:

- um nível de comunicação insuficiente, apesar dos esforços feitos nos últimos tempos neste sentido para estabelecer real mecanismo de coordenação, tais como o despacho conjunto dos dois diretores gerais com o Ministro, a restituição conjunta de missões importantes de parceiros internacionais, o reforço do Gabinete do Ministro, a constituição do Grupo de Consolidação para o PNDS e a criação da Comissão coordenadora para a área de formação;
- uma resposta fragmentária aos problemas de saúde da população, devido a uma multiplicidade de programas que respondem a patologias específicas ao invés de promover uma abordagem holística e integrada;
- uma demasiada centralização de certas funções, que limitam as regiões no pleno exercício do seu papel;
- um número de quadros profissionais com alta qualificação ainda insuficiente, fator limitante na capacidade de resposta do Ministério (PNDS 1998).

No plano da prestação de cuidados existem Hospitais Nacionais, que devem oferecer cuidados especializados, ditos terciários, no contexto da Guiné Bissau. Existem também centros de referência de âmbito nacional, que têm por papel oferecer cuidados diferenciados a certos grupos alvo, são: o Hospital Raoul Follereau (tuberculose), o Hospital de Cumura (lepra), o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora (deficientes).

O nível regional

A partir dos anos 1990, viu-se um processo de descentralização e de integração dos programas de saúde. O programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS), apoiado pela OMS, contribuiu para uma planificação global das atividades num verdadeiro trabalho de equipa e a partir de problemas considerados prioritários para o desenvolvimento da respectiva região. Os parceiros locais (bilaterais ou ONG) foram estreitamente envolvidos neste processo com impacto positivo na colaboração deles e na utilização dos recursos que as regiões dispõem. O processo permitiu desta forma uma maior polivalência e consolidação das equipas regionais.

Apesar do aumento das responsabilidades das regiões para a implementação das estratégias e programas nacionais, o grau de autoridade delas resta ainda limitado, sobretudo, no que respeita à gestão de recursos financeiros. Nos últimos anos viu-se uma tendência de alocação direta de certos apoios externos às regiões, cuja gestão é mais ou menos dividida entre a Equipe Regional e a assistência técnica que opera em nível da respectiva região. Neste âmbito, as exigências em termos de competências das equipas regionais de saúde aumentaram com a introdução de órgãos consultivos criadas pelos PNDS e pela da Iniciativa de Bamako⁶.

A gestão ao nível das regiões sanitárias faz-se pelas Direções e Equipas Regionais de Saúde. As Direções Regionais de Saúde asseguram em seu território a execução da política de saúde definida superiormente através de coordenação de todos às atividades sanitárias na respectiva região, sejam atividades desenvolvidas pelos serviços públicos, privados ou ainda de projetos, incluindo a coordenação das atividades intersetoriais com impacto na saúde das populações (MINSAP,1998).

As Direções Regionais de Saúde articulam-se com as instituições de solidariedade social, associações e entidades privadas que desenvolvem atividades empresariais no âmbito da saúde, tendo em vista a proteção eficaz da saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Associadas a estas Direcções estão Equipas Regionais de Saúde cujas atividades consistem na planificação Regional, incluindo:

- o enquadramento do processo de microplanificação semestral das áreas sanitárias;
- a supervisão;

⁶ Iniciativa de Bamako – será explicado posteriormente na página 43.

- seguimento e avaliação das atividades nas áreas sanitárias;
- o apoio logístico, incluindo a manutenção e o aprovisionamento em medicamentos essenciais;
- a formação contínua dos quadros da região;
- e a coordenação intra- e intersectorial das atividades em prol de saúde, incluindo as atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC).

A Direção Regional de Saúde (DRS) é o órgão decisor por excelência. Compõe a essa direção um diretor, um diretor adjunto e um administrador.

A Equipa Regional, um papel técnico de preparar e executar o plano no nível regional. A diferença entre ERS e DRS é relativa limitada, muitas regiões as decisões são tomadas em conjunto pela Direção Regional e da ERS.

Na Equipa Regional de Saúde participa a Direção Regional de Saúde, Diretor do Hospital Regional de Saúde, Responsável Saúde de Família, Responsável Depósito Regional de Medicamentos, Responsável de Grandes Endemias (GE).

Ainda podem atuar na Equipa Regional de Saúde, o conselheiro técnico de organismos internacionais, as ONGs atuantes na região, bem como o responsável pelo laboratório do hospital regional.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) definiu o perfil dos membros da Direção e Equipa Regional:

- Diretor Regional – saúde pública e administração;
- Diretor adjunto – saúde pública e administração;
- Administrador – administrador;
- Diretor do Hospital Regional - Médico;
- Responsável Saúde de Família – parteira de curso geral;
- Responsável Depósito Regional de Medicamentos (DGM) – técnico de farmácia;
- Responsável de Grandes Endemias (GE) – enfermeiro curso geral ou médico.

É de salientar que os administradores são praticamente retidos em Bissau pelo processo de desbloqueamento de verbas do Orçamento Geral de Estado (OGE) para região e não assumem, de fato suas atribuições de administrador da região.

Os Diretores dos Hospitais Regionais, pelo PNDS são cobrados a desempenhar papel dinâmico na ERS, nomeadamente participar nas atividades de supervisão dos Centros de Saúde.

Propõe-se no quadro do PNDS, uma evolução gradual para maior autonomia das DRS/ERS, favorecendo a descentralização em matéria de:

- Preparação, execução, e controle de orçamentos (Orçamento geral do estado, receitas de sistemas de recuperação de custo e fundos da ajuda externa sob orientação do Departamento A. Finanças);
- Recolha, tratamento, interpretação e tomada de decisões na base o sistema de informação regional;
- Da coordenação da formação contínua na respectiva região, em colaboração e em consenso com os atores nesse domínio a nível central (DGPC, Programas técnicos, Escola Nacional de Saúde, supervisores nacionais) e com base numa série de módulos que dão as orientações técnicas e metodológicas;
- Distribuição e aprovisionamento de medicamentos essenciais, através dos Depósitos Regionais de medicamentos;
- Gestão de pessoal ao nível da região.

A estrutura de prestação de cuidados neste nível é representada pelos Hospitais Regionais em número de onze que constituem o primeiro nível de referência para serviços como a cirurgia, a transfusão sanguínea, a radiologia, exames laboratoriais diferenciados, etc.

O nível local

Classificação dos Centros de Saúde

As áreas sanitárias representam o nível local. Cada área tem um único Centro de Saúde (CS). Existem pequenas diferenças ou acentos nos Centros de Saúde consoante as localizações nas zonas urbanas ou rurais, nas ilhas e em algumas situações isoladas, às atribuições, as atividades, população coberta e conseqüentemente às normas para o pessoal e outros recursos.

Em todo o país existem 114 Centros de Saúde. De acordo com cada uma distinguem-se os seguintes tipos:

Quadro 2 – tipos de Centros de Saúde (CS) e as suas características

Tipos de Centros de Saúde	Características de cada tipo
Centro de Saúde “C”	O Centro de Saúde “tipo”, quer dizer a norma;
CS “C”, Urbano	CS tipo nas grandes cidades, coberta de uma população um pouco maior.
CS “C”, “Bijagós”	CS responsável para todo o Pacote Mínimo das Atividades (PMA), mas para uma população limitada, insular.
CS “B” rural	CS normais, que devido à distância ao HR e ao isolamento, têm camas de hospitalização. Estes representam a maioria dos antigos hospitais setoriais.
CS “B” urbano	CS nas cidades com maternidades e serviços de urgência de 24/24 horas
CS “A”	CS que estão localizados em zonas tão isoladas ou inacessíveis e que para além das características mencionadas em relação aos CS “B”, terão a possibilidade de certas intervenções e tecnologias que normalmente são reservadas aos hospitais, como: cirurgia de urgência, transfusão sanguínea, etc.

Fonte: PNDS, 1998-2002.

Em cada uma destes CS estão as equipas técnicas. Estes dividem a responsabilidade para gestão das atividades com a população representada no Comitê de gestão da área sanitária. Este comitê foi introduzido através da estratégia chamada “Iniciativa de Bamako”.

Gestão da área sanitária

A gestão da área sanitária é realizada por um “comitê de gestão” criado com decorrência de “Iniciativa de Bamako” (IB) é denominação decorrente da “assinatura de acordo” dos chefes de Estados dos diferentes países africanos, ao nível do encontro realizado na República de Mali, na capital Bamako. Esse acordo representa a tomada de decisão conjunto dos Chefes de Estados para resolução dos problemas ligados a recursos financeiros que garantem a prestação de boa qualidade de serviços de saúde.

A IB tem as seguintes principais diretrizes: melhorar as qualidades de Pacote mínimo das atividades⁷ (PMA), aumentar e estender a cobertura do PMA, pela organização da estratégia avançada, recuperação de custos, gestão transparente, com participação comunitária. Estes princípios estão estreitamente interligados. A recuperação de custos, com fundos recuperados devem ser reutilizados no local, para permitir a melhoria da qualidade, disponibilidade de medicamentos essenciais, satisfação pessoal. Ou seja, visa uma co-gestão da população na planificação, avaliação e na gestão de recursos dos Centros de Saúde arrecadados diretamente, que são previstos para reinvestir no local. A organização da estratégia avançada⁸, esse montante volta principalmente na compra de combustível, para deslocamento de atividades para pontos estratégicos, na manutenção dos meios de transporte utilizados nas áreas sanitários para atividades.

Em respeito a esse acordo, na Guiné criou-se o “Comitê de Gestão” composto por quatro representantes das populações e um técnico de saúde responsável pela área sanitária. Este último é membro de pleno direito da saúde, não é eleito. São os seguintes membros: Presidente, vice-presidente, financeiro, representante de Unidade de Saúde de Base e responsável da área sanitária. Os demais são eleitos através de eleição secundária feita no centro de saúde de cada área, vindos de uma eleição primária feita em cada tabanca (aldeia).

O “Comitê de Gestão” tem a função de preparar planos das atividades semestrais da área sanitária, incluindo o receptivo orçamento (processo de micro planificação). Estes planos são submetidos à aprovação da Comissão Regional de Seguimento, junto com relatório de atividades e contas de semestre passado.

⁷ PMA – conjuntos de atividades curativas preventivas orientadas á população (Ver a descrição das atividades na página seguinte), tanto nos Centros de Saúde, Postos de Saúde assim como nas Unidades de Saúde Base e postos avançados.

Além da prestação de serviços do primeiro nível, eles têm um papel na recolha de dados e na supervisão e formação contínua dos agentes comunitários. Geralmente existe uma boa noção da área de responsabilidade de cada Centros de Saúde (CS).

Reforço da gestão do pessoal em saúde

Foram estabelecidas normas de recursos humanos baseando-se na reorganização do mapa sanitário, necessidade de melhorar a quantidade dos serviços e conseqüentemente a do pessoal de saúde, procura de um equilíbrio entre a especialização do pessoal de saúde, polivalência, sobretudo onde os serviços requerem uma melhor integração. Segue o seguinte quadro que define as normas para quadro de recursos humanos por tipo de Centro de Saúde:

Tabela 1 – Mínimo de recursos humanos de dotação por estrutura sanitária (nível regional)

Recursos humanos	CS "A"	CS "B"	CS "B"	CS "C"	CS "C"	Hospital	Equipa
		urbano	Rural	urbano	Rural	Regional	Regional
Médicos	2	3	1	1	0	5	1
Enfermagem Geral	2	6	1	2	1	5	1
Enfermagem aux	6	6	2	2	1	15	0
Parteira geral	1	3	1	1	1	2	1
Parteira aux	2	2	0	2	0	4	0
Tecn. Laboratório	0	1	0	0	0,5	2	0
Tecn. aux. Labo	2	2	1	2	0	4	0
Tec. Radiologia	0	0	0	0	0	1	0
Tec. Oftalmologia	0	0	0	0	0	1	0
Tec. Estomatologia	0	0	0	0	0	1	0
Tec. Farmácia	0	0	0	0	0	1	1
Aux. Administrativo	0	1	0	1	0	1	1
Administrador	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	15	24	6	11	3,5	43	6

Fonte: PNDS, 2002.

De acordo com o quadro acima, segundo a norma mínima do pessoal, no nível local há composições diferentes segundo a localização urbana ou rural da unidade de saúde.

A presença do médico só é observada no CS "A", CS "B" urbano, CS "B" rural, CS "C" urbano e hospital regional. Estes realizam só, atividades clínicas nos respectivos serviços de saúde. As atividades do "Pacote Mínimo de Atividade" são efetuadas pelos enfermeiros e parteiras nos outros tipos de CS conforme lista a seguir:

⁸ Estratégia Avançada – atividades do Centro de Saúde nos locais com/ou Unidade de Saúde Base.

Enfermeiros gerais: consulta curativa, consulta puericultura – crianças 0-2 anos, vacinação as crianças 0-1 ano, rastreio, tratamento e seguimento de doenças crônicas e grandes endemia, administração. Esta última consiste na recolha, tratamento e análises de dados, cuidar da manutenção da infra-estrutura e dos meios de transporte e realizar as estratégias avançadas.

Parteiras: consulta pré-natal e planejamento familiar, parto assistido, estratégia avançada.

Portanto são nas áreas sanitárias que se situa o primeiro nível de atendimento. Uma área sanitária compreende 7000 a 12 000 habitantes e cada uma é servido por um centro de Saúde com o mínimo de pessoal, equipamento, meio de transporte e uma infraestrutura adequada. Os Centros de Saúde têm por missão a prestação de cuidados e fornecimento do chamado “Pacote Mínimo de atividades (PMA)” na sua área sanitária.

O PMA se desdobra em atividades: curativas, preventivas, atividades orientadas à população, estratégias avançadas e atividades de apoio.

Atividades curativas: as consultas ordinárias a crianças (paludismo/malária, cuidados doenças diarréicas e infecções respiratória aguda, anemias, dermatologia não complicada, traumatismo, malnutrição, etc); Consultas ordinárias adultas (paludismo, infecções respiratórias agudas, doenças sexualmente transmissíveis, dermato, acidentes,...); Consultas doença crônicas (tuberculose, lepra, epilepsia, hipertensão,...); Pequena cirurgia (pensamentos, incisão de abscesso, suturas, circuncisão,...); Observação de casos graves;

Atividades preventivas: as consultas de crianças 0-3 anos (seguimento de crescimento, vacinações, vitamina A, iodo,...); consultais pré-natais (profilaxia de paludismo, micronutrientes, detecção de Alto Risco obstétrico,...); vacinações mulheres Idade Fértil (TT3); assistência ao parto e cuidados do recém nascido; consultas de planejamento familiar e pós – natal; reabilitação nutricional;

Atividades orientadas a população: promoção à saúde, sensibilização: informação educação e comunicação (álcool, tabaco, DST/AIDS, mosquiteiros impregnados,...); saúde escolar (tratamento antihelmintico, micronutrientes, vacinação TT, IEC. Nas escolas secundárias: DST/AIDS, drogas, educação para vida sexual e PF); água e saneamento; outras atividades intersetoriais.

Estratégias avançadas - Atividades do CS nos locais com USB ou posto de saúde: supervisão USB, Posto de Saúde; formação ASB e Matronas; vacinações, IEC; despistagem de caso de malnutrição, de tuberculose e lepra, epilepsia, doença sexualmente transmissíveis; despistagem de casos de alto risco obstétrico.

Atividades do CS nos locais sem USB e sem Posto de Saúde: PAV, crianças 0-3 anos, TB, IEC, CPN.

Atividades próprias dos Postos de saúde: atividades curativas; atividades preventivas; promoção de saúde, IEC; Comunicação: entre população e CS. Atividades próprias das USB: atividades curativas; atividades preventivas; promoção de saúde, IEC; comunicação: entre população e CS;

Atividades de apoio: atividades do apoio clínico: laboratório (gota espessa, hemoglobina, glucosuria, albuminuria, BK); esterilização de material; estocagem e vendas de medicamentos essenciais e vacinas. Logísticas: limpeza do centro, manutenção física do centro e aprovisionamento do centro em água, manutenção dos equipamentos e rede de frio, manutenção e funcionamento meio de transporte, comunicação (rádio, telefone, referencia de doentes). Gestão: microplanificação semestral, reuniões comitê de gestão, administração e SIS, recepção visitas de supervisão, participação à formação regional, reuniões intersetoriais.

As ligações funcionais entre as estruturas de gestão

Nível central e nível regional

O Conselho Diretivo é um órgão de consulta do Ministro na definição, orientação e controle da política do MINSAP.

O conselho Técnico da Direção Geral de Saúde (CT/DGSP) é um órgão colegial de consulta na área de saúde para apoio à Direção referida. Tem uma apreciável autoridade resultante da sua composição e da análise coletiva que beneficia as recomendações destas.

Supervisores nacionais é uma supervisão integrada do nível central às regiões. Estes têm um papel importante no contacto com determinada região, os diferentes serviços e programas centrais, incluindo a direção dos recursos humanos e departamento administrativo e finanças.

A coordenação de formação contínua é assegurada pela Direção dos Recursos Humanos e a Escola Nacional de Saúde Pública. Os planos de formação são orientados a partir da planificação anual sob apreciação do Comitê de Gestão.

O processo de planificação anual é um mecanismo de coordenação, apoiado pelos supervisores nacionais, baseados no plano anual das regiões. As avaliações anuais, as reuniões de concertação originadas de processo de planificação anual constituem outros mecanismos de coordenação e ligação entre o MINISAP e as Direções Regionais de Saúde.

Nível regional e áreas Sanitárias

As ligações funcionais neste nível sucedem através dos seguintes órgãos consultivos:

Conselho Diretivo ou Conselho Técnico Regional é um órgão intra-setorial que ocorre entre os profissionais da equipe regional e os responsáveis das áreas Sanitárias.

Conselho Regional de Saúde ou Conselho Regional de Desenvolvimento: é intersetorial, neste colegial participam o Governador da região, Diretor Regional e Adjunto, Diretor do Hospital Regional, Plano Educação. Obras Públicas, Promoção Feminina, Recursos Naturais, ONG's, regionais e representantes dos deputados regionais.

Comissão Regional de Seguimento de Iniciativa de Bamako é constituída pelo respectivo Diretor Regional da Saúde, Diretor do Hospital Regional, Diretor Adjunto, Administrador regional, responsáveis das áreas sanitárias, por um responsável do poder local, por dois representantes de cada um dos comitês de Gestão da região e pelo responsável de Depósito de Medicamentos.

Poderão ser convidados a participar nestas reuniões, entidades públicas e privadas nacionais, bem como representantes de agencias estrangeiras de cooperação.

Capítulo IV – Resultados

4.1 – Perfil dos profissionais entrevistados

Primeiro foi analisado minuciosamente, o banco de dados da pesquisa, no qual foram introduzidos todos os dados das respostas dos entrevistados conformando um “perfil dos profissionais ligados ao Programa Saúde de Família na Guiné-Bissau”, com o intuito de verificar as características gerais dos atores profissionais, envolvidos com o programa, seja na formulação, implementação ou executores do programa, ao nível central e regional, tais como: idade, tempo de formado, especialidade médica, tempo de permanência, funções exercidas, contrato de trabalho, forma de seleção, razão da escolha do trabalho no programa ou instituição a ele vinculado.

Dos 42 informante-chave programados foram entrevistados 40, dois atores que não foram entrevistados são da coordenação do PSF entre os quais, um destes últimos acumula a função de diretora de sub-programa de CDD/IRA e Reabilitação Nutricional e outro é o responsável de Programa Alargado de Vacinação, este a razão é de vários imprevistos do responsável. A tabela a seguir mostrará algumas características dos profissionais pesquisadas.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais entrevistados, relacionados com o programa de saúde da família, considerando em média: idade, tempo de formado, tempo no programa ou de função, formação, seleção

Níveis	N Ator	Idade em anos (média)	Tempo de formad. (média)	Tempo de função (média)	Escolaridade			Seleç. para função
					Formaç. superior	Formaç. média	Classe mínima	
Central	12	48	21.2	4.8	8	4		1
Regional	3	40	15	13	1	2		0
(direção)								
Local: resp. AS*	7	40.5	15.1	15.7		7		0
ASB/Matronas	18	42.6	21.1	Tempo indeter			18	0
Total	40	42.7	18.1	11.1	9	13	18	1

Fonte: dados da pesquisa.

AS – responsáveis das áreas sanitárias

Os profissionais entrevistados nos três níveis têm uma média de 42.7 de idade, sendo que, os de nível central são de mais idade. O estudo mostra que, todos estes profissionais têm uma larga experiência com a média de 18.1 anos, a partir dos 15 a 30

anos de tempo de formação e uma média de 11.1 anos se encontram no programa ou em outras funções exercidas ao nível de saúde. O coordenador no nível central está há 10 anos no comando do programa, ou seja, desde a sua formulação. O coordenador-adjunto tem seis anos de atuação e o demais responsáveis variam de três a um ano. No caso do administrador, o mais novo, em cinco anos de carreira e um ano no programa.

Os membros da direção do nível regional são mais jovens e conseqüentemente tem menor tempo de formação. No nível local, os enfermeiros e os agentes de saúde de base são os que revelaram maior tempo de permanência nas funções exercidas. Os agentes de saúde de base são os mais antigos, sendo para alguns, tempo indeterminado dizendo: “estou aqui desde que nasce e mais de 30 a 40 anos estou a exercer aqui na unidade”. Constata-se não haver rotatividade dos profissionais. As razões de permanência são várias conforme referido por atores:

- “nomeado pelo Ministro, através da experiência do trabalho, resultado das avaliações anteriores dos trabalhos e tendo em conta também o currículo”;
- “indicação pela experiência e resultado da capacidade de gestão e organização durante o meu desempenho nas regiões”;
- “nomeado pela conveniência do Ministro titular da pasta de saúde”;
- “como profissional da Saúde sempre interessei em trabalhar na área de Saúde”.
- “Achei muito interessante complementar o aspecto curativo que foi a parte de meu interesse com o preventivo, este, estando-me a interessar aos poucos. E também pela gestão de programa na área de saúde pública”.

A maioria dos atores do nível regional manifestaram que a sua permanência nas funções, não dependia da necessidade e vontade, mas sim da designação do Ministério com exceção de um que disse: “Competência e qualidade técnica e profissional”.

Há nove profissionais com nível superior, sendo, seis médicos, um economista e outro formado em contabilidade e finanças. Dos médicos, dois mestres (Strito Senso) em Ciências de Saúde Pública, dois com pós-graduação (Lato senso) em Saúde Pública, um especialista em Pediatria e um clínico geral e um médico com lato senso do nível regional. Todos eles são do sexo masculino.

O quadro de entrevistados do nível médio é composto por 13 enfermeiros com curso geral de enfermagem (tab. 1), entre os quais: três do nível central, com especialização em: saúde pública, investigação, administração e gestão em sistema de saúde e administração pedagógica e planificação; dois do nível regional – com

especialização em saúde pública, administração e gestão e um da fisiologia; e outros sete com formação de enfermagem geral e algumas formações contínuas. Os agentes comunitários e matronas têm uma formação básica de quarta série de escolaridade.

Foram entrevistados 4 gestores do Ministério de Saúde Pública, 5 coordenadores do PSF, 3 parceiros internacionais, 3 da Direção da Equipa Regional, 7 responsáveis de Centro de Saúde e 18 agentes de saúde de base.

É de realçar que as funções exercidas são, portanto inúmeras, principalmente os gestores do nível central. Pode-se dividir em três grupos: 1) cargos no nível regional: desde enfermeiro chefe, diretor do hospital setorial, diretor adjunto, supervisor, diretor regional de várias regiões; 2) no nível dos programas: diretor do programa; 3) cargo no Ministério: diretor dos Cuidados Primários de Saúde, diretor da Escola Nacional de Saúde, diretor Geral de Planificação e cooperação, diretor Geral de Saúde Pública e alguns diretores de projetos do Ministério. Os enfermeiros - vários cargo a níveis regionais, como responsáveis de alguns programas na região e alguns se encontram no programa no nível nacional e organismos internacional. Os agentes comunitários sempre nessa função, alguns são de comitê de gestão na mesma área.

Não existe seleção para a contratação de profissionais, com exceção dos que atuam sob contrato dos Projetos de Saúde, das ONGS e Organismos Internacionais, caso da OMS, UNICEF, FNUAP, etc. – como o administrador do Programa. Estes são selecionados através de concurso público e empregados de contrato temporário. Existem várias modalidades de colocação, os cargos de nível central, como Ministro e Diretor Geral representam cargos políticos e são nomeados por conveniência do partido que estiver no poder. Os da Direção do nível regional, são nomeados por conveniência do Ministro e os enfermeiros pela colocação após um contrato direto de recursos humano sub orientação do Diretor geral de Planificação e Cooperação do Ministério.

Todos estão vinculados ao Ministério de Saúde. A exceção do administrador, que é contratado diretamente para o PSF no quadro do Projeto de Saúde Reprodutiva financiado por Fundo das Nações Unidas para Atividades da População (FNUAP). Este prestou concurso público e realizou entrevista para contratação temporária.

4. 2 – Processo de Implementação do Programa

4.2.1 – Estratégia de Implementação

Em 1998 o Programa Saúde da Família foi instituído no País como instrumento de intensificação das ações integrais do indivíduo e da família principalmente como estratégia para enfrentar as altas taxas de morbi/mortalidade materna e infantil prevalentes no País e, para integração da gestão e execução dos programas verticais no sistema regular de saúde. Com base no PNDS, o programa foi planejado para um período de quatro anos, de 1998 a 2002, e em 2003, o PNDS teve a sua manutenção projetada para 2007. (MS/PNDS, 2003)

Motivação para implementação do PSF

Na Guiné-Bissau, segundo alguns entrevistados, as motivações para implementação do PSF estiveram relacionadas com: os vários compromissos internacionais assumidos, compromissos esses, relativos ao cumprimento das recomendações da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento que se realizou no Cairo, Egito, em 1994, a necessidade de redução da mortalidade materna e infantil e melhoria da condição de atendimento da família em particular da mãe e da criança.

Em 1997, informou um dos atores do nível central:

“nós tínhamos programas verticais e se sentiu a necessidade de inculir o funcionamento integrado destes programas com mecanismo de coordenação do planejamento em conjunto, sobretudo nas ações que dizem respeito ao mesmo grupo alvo. Exemplo; ao tratar de diarreias e de paludismo/malária no mesmo grupo alvo seria melhor coordenar essa atividade”.

Daí parte a denominação do PSF, segundo ator regional, que disse:

“... é um programa dirigido às crianças, mulheres e aos homens dentro de contexto global. Por isso tem a ver com a resolução de grandes problemas ligados a estes grupos da população. Foram então elaboradas grandes linhas estratégicas quando a elaboração do PNDS, para a integração, criando mecanismos de coordenação dos programas verticais”.

No mesmo contexto referiu outro ator, do mesmo nível dizendo:

“A Guiné-Bissau é membro das Nações Unidas, tem o compromisso com a comunidade internacional para cumprimento das deliberações Internacionalmente traçadas. A OMS tem atuado no País desde os primeiros anos da história da Guiné-Bissau implementando as deliberações tomadas no âmbito dos encontros internacionais. O País participou em grandes eventos internacionais nomeadamente na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo em 1994, em que assinou as revoluções dela saídas comprometendo-se em implementá-las. Nesse contexto, o País seguiu as sendas determinadas pelo Escritório Regional da OMS e das conferências em que tomou parte. Por isso optou pela criação de um programa de SF”.

Apoios para implementação do PSF

A iniciativa da implementação do PSF partiu do compromisso das resoluções da conferência de Cairo, assumido pelo governo, como dito acima, a partir do qual, foi elaborado o PNDS que criou o PSF. Os atores estratégicos, para a implementação são quadros nacionais em todos os níveis do sistema de saúde principalmente no nível regional e nas áreas sanitárias, assim como ONGS, que atuam no domínio da saúde, pois é igualmente importante o aporte financeiro desses parceiros. Houve pouca adesão dos técnicos como em qualquer processo novo.

Além dos quadros nacionais do Ministério da Saúde, outros atores importantes no processo de implementação foram: Fundo das Nações Unidas para Atividades da População (FUNAP) / em inglês United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) UNICEF, OMS, Banco Mundial, União Européia (EU). Estes são atores que apoiaram e todos estiveram fortemente engajados e consensuados nestes processos. O ponto de resistência era derivado da discussão sobre o âmbito do programa se “Saúde da Família” ou “Saúde Reprodutiva”.

“No momento da elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – (PNDS), 1995 – 1997, o conceito de Saúde Reprodutiva da Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) era pouco conhecido por parte das autoridades sanitárias; havia o receio de dar o nome de Saúde Reprodutiva ao programa no nosso contexto, visto que nossa população não estava preparada para essa denominação. Foi a razão principal pela opção para a denominação Saúde da Família”.

(Entrevistado, nível central)

As condições criadas pelo governo, para implementação foram inúmeras, desde o compromisso de financiamento dado pelos parceiros até a adoção do conceito de Saúde Família, elaboração da política, do documento de Normas e Procedimentos e também com a representação do programa no organograma do Ministério, a sua institucionalização, com a designação de um Diretor.

As bases da definição de política das estratégias e da regulamentação do programa são muito próxima da concepção de Saúde Reprodutiva, este, um projeto financiado por FNUAP. Assim a saúde reprodutiva tem muita influência sobre o programa, compartilhando o planejamento das suas atividades com os responsáveis de sub-programas, em algumas regiões apoiadas pelo mesmo principalmente no que diz respeito às atividades realizadas como supervisões e formação contínua aos profissionais de saúde e alguns recursos materiais.

Processo de Divulgação e Informação

O Processo de divulgação do PSF foi feito à base de Saúde Reprodutiva, os seus conceitos e componentes. A imprensa teve um papel importante nesse aspecto. Houve uma Conferência Nacional de reflexão sobre o conceito SR, da qual participaram grupos com várias sensibilidades, desde aqueles que tinham a ver com os direitos das crianças, a juventude, das mulheres e integrantes da justiça.

Ocorreram outras grandes mobilizações nacionais, através de seminários regionais e nacionais envolvendo líderes comunitários, religiosos, profissionais de saúde. Nestas se apresentaram as diretrizes e os componentes da intervenção: Saúde Materna Infantil e Planejamento Familiar (SMI/PF), Cuidado com Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas (CDD/IRA), Programa Alargado de Vacinações (PAV)

e Reabilitação Nutricional. As regiões se orientam para adaptar o programa às realidades locais, a partir das diretrizes propostas. Um dos entrevistados comentou que na fase de elaboração dos componentes foram apresentados em todas as regiões e nestas a equipa da coordenação trabalhou com a equipa regional e estes por sua vez organizaram várias divulgações através de radiofônicos, encontros com entidades políticas e profissionais de saúde para apresentação destes componentes que foram implementados através de cuidados curativos e preventivos nas áreas sanitárias incluindo a população. Ainda disse:

“Em 1997, foi feito um Simpósio Nacional de Saúde Reprodutiva, em que foram convidados os mais variados setores a nível nacional, as instituições públicas, as privadas, as ONGS, para discutirmos aquilo que é o conceito de Saúde Reprodutiva de Cairo e que iríamos chamar a Saúde Reprodutiva para Guiné Bissau. Nessa altura, falou-se da Saúde Reprodutiva embora no Documento Oficial do Ministério da Saúde consta ainda Saúde da Família”.

(entrevistado, nível central)

Resistências que enfrenta o Programa

O Programa Saúde da Família na Guiné se depara com algumas dificuldades na denominação e a sua implementação. Segundo os entrevistados, a denominação foi aprovada e adotada, depois de muitas discussões em encontros realizados para elaboração do PNDS. Foram definidos os objetivos, os componentes e as grandes linhas estratégicas para orientação da implementação do Programa. O programa em funcionamento recebe duas denominações: “Saúde Reprodutiva”, “Programa Saúde de Família” e é com frequência que alguns documentos elaborados em oficinas, conferências, seminários se encontram designado: Programa Saúde de Família/Saúde Reprodutiva.

Assim, uma preocupação do estudo consiste em saber o seguinte: o que os atores pensam sobre as duas denominações e se para os profissionais de saúde, realmente existe o programa. A seguir a tabela 2 apresenta a resposta dos entrevistados.

Tabela 3 – Percepção quanto à existência do Programa Saúde Família na Guiné - Bissau, nos diferentes níveis de saúde

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

Fonte: pesquisa (entrevista)

Dos quarenta entrevistados 95% (38) afirmaram existência do Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, enquanto 5% (2) respondem que não. Contudo é de realçar a resposta de um dos entrevistados:

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

(Entrevistado, parceiro internacional)

De fato, os que responderam negativamente reconhecem que existe o PSF, criado quando da elaboração do PNDS, mas ignoram a sua implementação. Assim podemos conferir as opiniões de alguns atores das entrevistas, que foram atores principais na sua formulação.

“Não existe um programa como tal, em termo de documentação, estratégias e de componentes escritos”.

“Existe uma política de saúde, que traçou os programas de saúde e os seus grandes eixos. E nessa altura, nós partimos dum projeto de Saúde Materno Infantil (SMI). Daí com implementação do PNDS que é um instrumento da política e da estratégia definida se definiu de fato, a certa concentração de ações programáticas que vão ao encontro da solução de problema inerente como a mortalidade materna/infantil, planeamento familiar e também se viu a necessidade de solucionar problemas ligados aos jovens, que inicialmente não constava no projeto. Então a partir dessa altura, em 1997, começou-se a reunir os diferentes componentes, que ao fim ao cabo, são os componentes que estão definidos na política de Saúde Reprodutiva. E já temos uma política de Saúde Reprodutiva que definiu os eixos em termos de conceito, estratégia e seus componentes e sem dúvida num plano nacional”.

(Entrevistado, nível central)

“Eu acho que o programa ainda não está implementado, porque ainda não tem um documento, uma política traçada como aconteceu em outros programas”.

(Entrevistado, parceiro internacional)

O que pretendemos a seguir é demonstrar que apesar da subjetividade da denominação e existência do PSF, revelada por alguns atores, no PNDS estão descritos os fatores, com que os programas funcionavam numa abordagem essencialmente vertical, assumindo funções que se duplicam ou não lhes são inerentes, em detrimento das atribuições específicas e as missões definidas. Portanto são os seguintes fatores:

- a não observância da lei orgânica, que é pouco divulgada no seio dos responsáveis e técnicos do MINSAP;
- não existem mecanismos de concentração e de coordenação formais entre os serviços do MINSAP ou programas, sendo estas resultantes da vontade e esforços individuais, facultativos e aleatórios;
- o mau funcionamento dos serviços;
- a crítica por parte dos financiadores dos programas, devido aos modos de gestão, seguimento e avaliação estabelecida.

Dado estes fatores, uma missão global dos programas técnicos foi definida no PNDS, tendo em conta, os domínios e alvos específicos, a natureza e abrangência de cada um, que consistiam em:

- apoiar o MINSAP na elaboração de políticas e estratégias globais;
- propor normas, procedimentos, indicadores, suportes de gestão e recursos necessários às atividades operacionais;
- participar na definição das necessidades e interpretação das informações, tanto de rotina, como de estudos e pesquisas e sessões de avaliação regional e nacional;
- participar na concepção, validação e eventualmente na execução de estudos e pesquisas;
- elaborar e rever regularmente os currículos, programas e módulos de formação;
- prestar apoio técnico às equipas regionais, consoante as necessidades identificadas, especialmente no referente à formação contínua;
- integrar as equipas de supervisão da Direção-Geral da Saúde Pública;
- colaborar com a Direção de Informação Educação Comunicação em Saúde (DIECS), na concepção e validação dos programas, mensagens e suporte de Informação, Educação e Comunicação (IEC);
- contribuir para definição das necessidades em medicamentos, materiais e equipamentos relativos ao respectivo programa.

(MINSAP, 98)

Para além das missões, funções atribuídas aos programas foi também definida a integração. Para efeitos de integração foi abordado o programa Saúde da Família entre os outros, com objetivos de: garantir a coerência e complementaridade dos objetivos, estratégias e ações de todos os componentes do programa; prestar cuidados de saúde baseados na abordagem integrais do individuo e da família; racionalizar os recursos.

Incluiu-se no programa de integração de Saúde da Família, quatro programas entre os quais: SMI/PF, CDD/IRA, PAV e Reabilitação Nutricional, no quadro da Direção dos Cuidados Primários de Saúde (DCPS) sob a Direção Geral de Saúde Pública. Como se pode constatar num documento oficial foram denominados o programa e estabelecido as missões e componentes. Daí surgiu a seguinte pergunta: Doutor tem estado a falar de “SR ou SF” podia-me falar desses conceitos se são iguais ou existem uma diferença?

“PNDS é um plano estratégico. E lançou grandes eixos estratégicos não poderia minuciosamente influir o programa no seu todo. Agora, a partir, das grandes linhas estratégicas que contém os princípios é que se prevê depois a definição dos programas. O PNDS não chegou a ponto de definir o programa como tal. Mas lançou os princípios da política e os grupos alvo, mas não chegou a definir programa no seu todo por isso mesmo nesta fase estamos a finalizar a elaboração de um Plano Estratégico Nacional da Saúde Reprodutiva e não Saúde da Família”.

(Entrevistado, nível central)

Doutor, no PNDS está definido “SF” e a definição da política, estratégia, o conceito e os componentes do programa concentram com a denominação de “Saúde Reprodutiva” será que se vai mudar a denominação ou manter o que está escrito no PNDS?

“Nós partimos da Saúde da Família porquê? Porque inicialmente era mãe criança e homem faltava a componente jovem. Mas nós vimos depois que desse projeto SMI passar para SF porque com isso vamos incluir todo o grupo alvo quer dizer uma cadeia, desde criança, aliás, antes de ser criança desde a concepção até a morte, então nessa ótica de procriação vimos que não só o individuo como tal, mas a família no seu todo (mãe mulher, os homens e os filhos). Agora, depois da Conferência de Cairo, daí surge o conceito da SR, que ao meu ver apresentou outras idéias muito mais amplas, conceito de gênero, direito da criança a promoção da mulher, de qualquer os componentes de ciclo de ser humano coincide com Saúde da Família”.

(Entrevistado, nível central)

Como se pode observar em torno da denominação existem várias idéias e mesmo a coordenação não se preocupa com a denominação adotada oficialmente e também a que aparece nos documentos. O estudo mostra que a definição da política, estratégia, conceito e os componentes, as normas e procedimentos aqui referidos por atores da entrevista, tudo foi elaborado na base de Saúde Reprodutiva. Alegando que a

denominação não modificaria o conteúdo do programa. E que este último em relação às duas denominações são os mesmos. A seguir passar-se-á a apresentação de várias opiniões à volta da denominação:

“Saúde de Família porque abarca diferentes grupos e faixa etária. É um programa vasto que incluiu diferentes ramos”.

“Pensou-se em chamar ‘Saúde Reprodutiva’ mas dado à sensibilidade da opinião pública ou da população suposta por os atores a chamou-se de ‘Saúde Família’. Reprodutiva foi um termo que naquele momento 1997/98, nós da saúde não estávamos tão claros e tão preparados para esse termo da reprodução, isto gerou um bocado da discussão no seio dos técnicos do Ministério da Saúde, que preferiu-se que em vez de chamar ‘Saúde Reprodutiva’ chamar ‘Saúde da Família’, mais a mais o conteúdo são os mesmos”.

(Entrevistado, nível central)

“Dantes, este serviço era chamado SMI, bom com a conferência de Cairo, o País realmente adotou essa terminologia de ‘Saúde Reprodutiva’, com elaboração do PNDS passou a chamar” Programa Saúde da Família “integrando alguns subprogramas verticais. Houve vários passos para essa integração. O PNDS preconizou a integração, portanto da SMI nas suas diferentes componentes: tudo que fala do ‘Homem’ no seu aspecto genérico desde nascimento até a morte ou até a idade a vida inteira. Portanto este serviço passou realmente a conter todo este componente da Saúde Família, houve diferentes fases: simpósio, elaboração de política. Já se manifestou o interesse de elaborar um plano e estamos nessa fase e acho que o serviço do Ministério está a cumprir paulatinamente se bem que muito de devagar, mas as fases necessárias para implementação e elaboração do programa tal como preconizado na Conferencia de Cairo”.

(Entrevistado, parceiro internacional)

Este último é um dos entrevistados que nega a existência do programa. Analisando bem, a idéia do ator não é a negação da existência do programa, mas sim a implementação da mesma, o mesmo acha que o programa existe, mas não está implementado dado à não existência do documento das ações programáticas, referindo-se da existência da política e adoção da terminologia. E ainda confirmam a existência da denominação oficial, mas, que não recorda corretamente da mesma afirmando:

“Não recordo exatamente, mas tem uma definição oficial que não vai além da definição da Saúde Reprodutiva, ou seja, PSF foi definido na base de conceito de SR – bem estar social humano no que se refere à reprodução e os componentes que vão ao encontro aos grupos alvos toda uma série de atividades”.

(Entrevistado, nível central)

“Houve dois nomes. Depois de uma assembléia dos médicos acharam por bem ‘Saúde da Família’ não ‘Saúde Reprodutiva’. Falando da Família incorpora tudo a criança, adolescente e a mãe”.

(Entrevistado, nível central)

No decorrer das entrevistas com alguns atores, ao falar do conceito oficial sempre apareceu a tendência de falar em Saúde de Família e Saúde Reprodutiva. Daí surgiu outra pergunta que não constava no roteiro: “O que acham, seria oportuno oficializar a denominação Saúde Reprodutiva ou continuar com Saúde da Família, e trabalhar o instrumento em Saúde Reprodutiva?” Isto para melhor esclarecer a questão da denominação. Aí estão alguns comentários: sobre a denominação - o documento oficial está denominado “Saúde Família” e o programa trabalham com “Saúde Reprodutiva”.

“... já nem nos preocupamos em chamarmos agora qual é o nome, o importante é trabalharmos nos conteúdos para que vejamos que o conceito está a ser implementado. A quando da atualização do PNDS, houve da parte do programa uma tentativa de mudar o nome da Saúde da Família para Saúde Reprodutiva. Assim como de outra vez foi negado a denominação de Saúde Reprodutiva”.

(Entrevistado, nível central)

Mais qual seria a razão da negação?

“Ainda o receio de que a população não está habitada a ouvir Saúde Reprodutiva”.

Seria a população ou a influência dos parceiros, ou alguns profissionais interessados nessa denominação? E acha que Saúde Reprodutiva tem a mesma abrangência de Saúde da Família em termos de conceito?

“... como disse para mim, são os dois nomes que a gente dá à saúde, ou melhor, é outra forma de chamar a saúde Reprodutiva. Chamar 'Saúde Reprodutiva' e 'Saúde Família' é mesma coisa. Uma é filha de outra coisa assim de gênero. Para mim é essa a intenção que não vinha só, mais sim a partir de alguns parceiros com que a gente trabalha. E eles até acham bem chamar qualquer dos nomes o mesmo. E nós no programa estamos mais a familiarizar com saúde reprodutiva do que propriamente Saúde da Família”.

(Entrevistado, nível central)

Saúde da criança, dos adolescentes, jovens, da mulher e dos homens foram os componentes ditos pelos entrevistados do nível central, tanto os gestores do Ministério de Saúde, os da coordenação do programa como os parceiros internacionais entrevistados. Uns entrevistados do nível local tentaram defender o que está no PNDS dizendo:

“O PNDS tentou re-agrupar a saúde da criança da mulher dos homens em alguns subprogramas já existentes como: SMI/PF, PAV, CDD/IRA, Reabilitação nutricional. Daí é que definiu a Saúde da Família”.

Ao responderem a questão se estariam de acordo, com a definição e os componentes adotado no PNDS? As repostas, dos entrevistados do nível central foram as seguintes:

“Sim, mas sempre houve uma lacuna. Lacuna essa, que vinha a respeito de idade escolar, de saúde adolescente e o problema de jovens, pois nunca houve um departamento ou uma orientação dirigida a esse grupo da população, mas conceito Reprodutivo coisa específica a esse grupo”.

“Mas Saúde Reprodutiva sim. Devendo ressaltar adaptação às condições sociais do conceito Saúde Reprodutiva. Se tomar em conta a evidencia da terceira idade”.

O que doutor diria sobre o seguinte: “Saúde Reprodutiva não teria também uma fronteira, ou seja, um limite só para reprodução deixando também outras lacunas?”

“O que entendo que PNDS quis chamar de Saúde de Família – tendo pouco conhecimento sobre Saúde Reprodutiva, o grupo que elaborou o PNDS – é tudo sobre o conceito Saúde Reprodutiva, pois a tentativa de a definir no PNDS foi feito dentro do conceito de Saúde Reprodutiva”.

“Saúde da Família e Saúde Reprodutiva, para mim é mesma coisa, tendo em consideração os componentes que já falamos. Para mim digo que depende do conceito de cada país”.

Concorda com a definição e os componentes adaptado oficialmente no PNDS?

“... concordo, mas, não significa que no momento em que foi elaborado o PNDS, na necessidade que nós sentimos de fazer a coordenação de diferentes programas que eram verticais e que iam ao encontro do mesmo grupo alvo foi necessário fazer isso. Agora a experiência mostra depois que, quando se estabeleceu o nível de coordenação dos quatros subprogramas, vimos que foi um pouco mais fácil. Embora que ainda não chegamos lá. Neste momento algumas coordenações que temos tido com programas, por exemplo, na elaboração dos planos de cooperação com nossos parceiros como OMS, UNICEF, as pessoas estão a sentir de fato que há intervenções que podem ser integradas. Fazer uma formação em face uma patologia 'Sarampo' a forma que se vai aplicar o tratamento, do paludismo ou sarampo terá que ir não só o aspecto curativo, mas também, preventivo, dentro de uma abordagem integrada. Em face determinados problemas”.

Doutor não acha que a SF seria uma porta de entrada para solução destes problemas de forma integrada ou SF seria uma estratégia para integração de todas estas atividades?

“Acho que sim, agora este exercício deverá ser amadurecido ainda e desenvolvido. Até porque muitas das dificuldades que temos nesta abordagem integrada são os nossos parceiros”.

“O problema que se põe é como responder a essa organização institucional que PNDS pretende em função dos recursos, da própria política em função dos parceiros, aí é que existe problema. A SF foi instituída com uma coordenação, onde as diferentes vertentes estão aí representadas, mas, quando se vai fazer uma planificação, que esse plano vai depender do parceiro aí para harmonizar estes recursos temos que cumprir certa vocação do parceiro. Mas penso que na base de uma planificação e os parceiros ver o que temos de fato no grupo de coordenação complementar os recursos. Mas também precisa ter uma avaliação e seguimento dessa coordenação talvez com o tempo poderemos sair dessa dificuldade e coordenar os recursos dos nossos parceiros”.

(Entrevistado, nível central)

Também estou de acordo que devemos exercitar, amadurecer e desenvolver programações para termos um bom planejamento das atividades a fim de fazer os parceiros de desenvolvimento seguir a necessidade do país, fazer os programas seguirem as missões traçadas pela maioria e não a vontade exclusiva do parceiro. Ao mesmo é necessário tempo fazer o governo alocar recursos próprios e nos repassar os fundos. Porque sem este último, os programas estarão sempre a depender do parceiro. Como se vê em relação à denominação “Saúde da Família” e Saúde Reprodutiva, que ela funciona a base de financiamento do parceiro. Como as palavras de um dos entrevistados do nível central:

“... A Saúde de Família foi instituída com uma coordenação, onde as diferentes vertentes estão aí representadas, mas, quando se vai fazer uma planificação, que esse plano vai depender do parceiro aí para harmonizar estes recursos temos que cumprir certa vocação do parceiro”.

Não se deve estranhar pois o que esta opinião acima corresponde a realidade do país, contudo, os entrevistados do nível regional, apesar de não recordarem a definição oficial, responderam e concordaram com os componentes do programa definidos no PNDS (como se observa na tab. 3 informa que todos 7 afirmaram a existência).

O programa Saúde da Família na Guiné-Bissau tem especificidade, quanto a sua composição e participação de profissionais. Antes de descreve-la passa-se apresentação da seguinte tabela:

Tabela 4 – Percepção da existência ou não de equipe no Programa Saúde Família na Guiné-Bissau, entrevistados nos diferentes níveis do sistema de saúde

	Nível Central			Nível regional e local		Total	
	Gestores MINSA P	Coord. PSF	Parceiros	Dir. region.	R. Centros de Saúde	N	%
Sim	2	5	2	0	0	9	40.9
Não	2	0	1	3	7	13	59.1
Total	4	5	3	3	7	22	100 %

Fonte: pesquisa, (entrevista)

Os entrevistados se dividiram quando a existência de equipe no PSF/SR. Para 41% (9) dos gestores entrevistados, do nível central, regional e local há equipes do PSF na Guiné-Bissau e 13 correspondendo a 59.1 % responderam não. Os entrevistados de nível central que afirmaram a existência de equipe consideram que a coordenação nacional representa a equipa.

“Existe uma equipa PSF a nível central na sede do programa, e no nível regional existe um único responsável do Programa para na cada região”.

Os que responderam não do nível central comentaram:

“Ainda não existe uma equipe completa, dado a grande dificuldade de recursos humanos. Mas a nível central existe uma equipa de coordenação”.

(Entrevistado, nível regional)

E ainda é de especificar que, os de nível regional e local ignoram a existência da equipe. E estes estão certos, porque na verdade, não existem equipes do PSF, mas sim uma equipe de coordenação composta por sete membros: coordenador, coordenador adjunto, administrador, o responsável do SMI/PF, PAV, CDD/IRA, Reabilitação Nutricional. E uma representante de Programa Saúde de Família em cada Região, estando incluído na equipe regional do sistema de saúde. É de salientar que, os atores que afirmaram também a existência descreveram a mesma composição.

“Equipe formado não, mas existe uma coordenação ao nível central e uma representação na equipa regional que trabalha em colaboração com a mesma e em contato com centro de saúde e USB. Ao nível do Centro de Saúde são assegurados pelos enfermeiros e isto funciona dentro de insuficiência dos recursos humanos”.

(Entrevistado, nível central)

Não existem equipes específicas de Saúde de Família, contudo, a coordenação nacional junto com a equipa regional realiza um processo programado de capacitação dos profissionais do sistema de saúde, relacionados com os conteúdos do programa, dependendo do nível de formação, através de seminários periódicos para os de nível superior e médio. Para os Agentes de Saúde de Base e Matronas há uma formação inicial seguidas de sete reciclagens feitas a cada ano. É de adiantar que não existe um curso de especialização para profissionais do nível superior em enfoque da Saúde de Família. Existem outras especializações do nível superior que podem conter matérias de Saúde de Família.

4.2. 2. Contexto político do Programa

Quase todos os entrevistados afirmaram positivamente, que em 1998, com o lançamento do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) o governo, através do Ministério da Saúde inseriu na sua agenda política essa intervenção. Este ato confirma-se com as seguintes justificativas: o governo reafirmou o compromisso assumido em encontros nacionais e internacionais, através da elaboração do PNDS definiu as estratégias nacionais apoiadas pelos parceiros internacionais e estes assinaram o protocolo de acordo com o mesmo para a implementação das intervenções, o plano foi apresentado e aprovado na Assembleia Nacional e ainda mais existe uma política de

saúde no País, portanto, tudo que está dentro das intervenções do Ministério, a instituição que implementa tem que ser inserido na agenda política informou um entrevistado. Outro ator da entrevistado disse:

“... acredito que sim, porque às vezes o que é definido teoricamente e o que acontece na prática, às vezes há uma diferença, mas, sabemos todos das dificuldades gerais do governo em traduzir essas vontades políticas na prática, em termos de ações. De qualquer das maneiras, o programa mantém o seu funcionamento de serviços com atividades do governo”.

(Entrevistado, parceiro internacional)

Os que ignoram a existência do programa, também não deixaram de afirmar que o programa foi inserido na agenda política do governo através do PNDS, dizendo:

“... embora ainda não exista um programa oficial, mas a definição da política e da estratégia do programa, através do PNDS, mostra que está inserida na agenda política do governo”.

(Entrevistado, parceiro internacional)

Contudo, o processo de implementação na Guiné-Bissau foi idealizado em fases, com participação de amplos setores da sociedade – segundo vários entrevistados tanto do nível central, como regiões incluindo as áreas sanitárias – buscando uma melhor adequação à realidade local, a partir do desenvolvimento da comunidade e estimulando a autonomia local.

A fase de implementação foi iniciada com a sensibilização dos políticos, gestores e profissionais de saúde das regiões através de seminários nacionais, regionais e setoriais. Seguiu-se um processo de sensibilização/capacitação para as regiões. Estes seminários desenvolveram, nas suas respectivas regiões, diagnósticos preliminar e sobre a situação de saúde, as condições estruturais de funcionamento dos centros de saúde e instituições envolvidas com prestação de serviços e a produção de dados relevantes.

De posse do diagnóstico preliminar, foi realizada uma grande mobilização local com participação das várias instituições e parceiros nacionais e internacionais, ONGS, para divulgação dos resultados, realização de atelier, encontros de trabalho nacionais, regionais e locais e elaboração de um plano de intervenção local, com apreciação do programa, Ministério e os parceiros.

Considera-se que a dimensão da implementação é a nível nacional, o que significa ao nível de todas as regiões sanitárias. Embora com certa dificuldade. O estudo também mostra que o programa tem o carácter nacional, mas, para desenvolver determinadas atividades, alguns parceiros preferem concentrar as atividades em determinadas regiões, de acordo com a filosofia que os mesmos esperam de recolher os resultados, o mais rápido possível, em função dos indicadores priorizados por eles. Assim, o setor Autônomo de Bissau, Bafatá e Gabú são os beneficiários do projeto de Saúde Reprodutiva apoiado por FNUAP.

4. 2. 3 Estudo de caso na região de Bafatá

Integração do programa

A integração do PSF na Guiné-Bissau segundo o PNDS é a estratégia para realização das atividades, numa base de harmonia de princípios e normas, de complementaridade e sinergia; incluir-se-á alguns programas ou atividades num único, para facilitar a ligação entre as diferentes componentes e/ou serviços permitindo o trabalho conjunto de uma forma coordenada, na base de afinidade de princípios, objetivos e estratégias.

Como já referimos acima, o PSF surgiu na base de integração de quatro programas verticais, como forma de coordenação dos mesmos e trabalho conjunto. Essa integração, de uma forma geral foi realizada em duas etapas:

A primeira etapa “foi de transição, visando instalar os responsáveis e técnicos dos serviços num único espaço físico para melhor conhecimento mútuo e das respectivas atividades, amadurecimento e assimilação conjunta da estratégia de integração e também para ensaio do exercício de coordenação e de planificação conjunta. Serviu também para elaboração do programa nacional segundo abordagem e estratégias propostas”.

A segunda etapa “foi de criação e instalação efetivas conforme a missão e atribuições definidas durante a etapa de transição”. É de sublinhar que a etapa de transição já tinha sido iniciado devendo ser concluída no setembro do mesmo ano (1998).

No nível central a base de integração era formada por uma para equipe de trabalho composta por: um coordenador, coordenador adjunto, administrador, uma secretária, os quatros técnicos dos programas integrados – o responsável de Saúde Materna Infantil/Planejamento Familiar, responsável de Cuidados com Doenças Diarréicas / Infecções Respiratórias Agudas, responsável de Reabilitação Nutricional e Responsável de Programa Alargado de Vacinação. Essa coordenação do PSF está subordinada à Direção de Cuidados Primários de Saúde. Esta direção também é responsável pela outras integrações dos programas, como: Grandes Endemias que inclui o Programa de Luta Contra Paludismo/malária, Hasen/Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA (AISD), (Oncocercose); Programa Saúde Comunitária, sob Direção Geral de Saúde Pública. (Ver organograma MINSAP).

Essa coordenação também tem missão de prestar apoio técnico às equipas regionais, consoante as necessidades identificadas no que concerne ao apoio financeiro, material e equipamento, especialmente no referente à formação contínua, através de planificação conjunta. Dirigi-se o programa nacional, através de apoios técnicos e normativos, formações e supervisões no nível regional. Ao nível da coordenação existe uma articulação de planificação conjunta conforme proposto pela missão do MINSAP/PNDS, mas com uma certa deficiência de integração, no que diz respeito ao programa Alargada de Vacinação (PAV). Segundo um dos entrevistados, do nível local, este último por se tratar de um programa mais complexo exige uma gestão específica.

“No nível central está-se a fazer um esforço da integração desses componentes num espaço. Como o componente PAV, este está fora de controlo dessa coordenação. O outro componente exemplo, como a nutrição, como componente da Saúde da Família penso pode estar no mesmo edifício”. “Agora o sistema de coordenação e o sistema de planificação destes componentes, ainda estão fora, pois têm uma planificação completamente diferente, fisicamente dependem muito das agências ou parceiros de financiamento, como a vacinação esta está afastada da coordenação da SF”.

“Quanto ao nível regional é mais fácil dizer porque há uma integração. Dado que a este nível, a planificação e execução das atividades destes componentes são realizadas conjuntas sem separação”.

(Entrevistado, nível local)

O mecanismo de planeamento e programação acontece através de uma articulação entre a coordenação de PSF e equipe regional da saúde, por meio de reuniões de trabalho. Nessa reunião de programação anual, o programa das atividades é elaborado segundo o quadro lógico proposto, adicionando as necessidades locais, daí é discutido e adaptado. O nível regional tem funções estratégicas operacionais, através das áreas sanitárias traduzem a política nacional em atividades concretas no território, adaptando-se ao contexto e a especificidades locais. Resumindo as idéias dos entrevistados no seguinte:

“Nós respeitamos a pirâmide ao nível de saúde: central, regional e local. Normalmente a planificação se faz de base ao topo e vice-versa. O quer dizer, que a micro-planificação começa ao nível das necessidades das regiões e que normalmente acontece nas suas reuniões mensais, o qual identificam os problemas, as necessidades e planificam. Depois a base disso ao nível das direções de planificação e mesmo a de PSF planificam as suas atividades anuais e o MINSAP por sua vez elabora sua planificação anual conjunta com os programas e os parceiros, a partir das regiões”.

(Entrevistado, nível local)

“Em algumas regiões como no Sul têm grandes problemas de funcionamento, as regiões do leste como Bafatá, Gabú funcionam bem com uma longa experiência de integração”.

(Entrevistado, nível regional)

No nível regional a programação anual é feita em conjunto entre os membros da equipe regional, os responsáveis das áreas sanitárias e com participação dos membros do comitê da gestão, através do micro planificação vindo das áreas sanitárias.

No nível local, nos Centro de Saúde, a programação das atividades organiza-se a cada trimestre a partir do plano anual. A micro planificação é feita mensal com o comitê de Gestão. No centro de saúde é fixado o calendário da execução das atividades semanalmente de acordo com atividades preventivas, curativas e outras complementares. Nas Unidades de Saúde as atividades são organizadas semanalmente através das orientações dos responsáveis das áreas sanitárias de acordo as necessidades locais.

Estado da Saúde e situação das estruturas sanitárias na região de Bafatá

No nível local tem tanto função estratégica como operacional. O que quer dizer, nas áreas sanitárias onde são executadas todas as atividades de “atenção primária” dos diversos Programas, cuja gestão está concentrada no nível central. O primeiro nível de atendimento da rede é o CS que tem por principal missão a prestação de cuidados primários chamado de “Pacote Mínimo das Atividades⁹”, na sua área sanitária. Dependendo da acessibilidade aos serviços oferecidos no nível do CS, a equipe do CS desenvolve as atividades fora do próprio centro, o que se chamada de “Estratégia Avançada¹⁰”. E os Postos de Saúde e Unidade de Saúde de Base constituem pontos preferenciais para organização das estratégias avançadas.

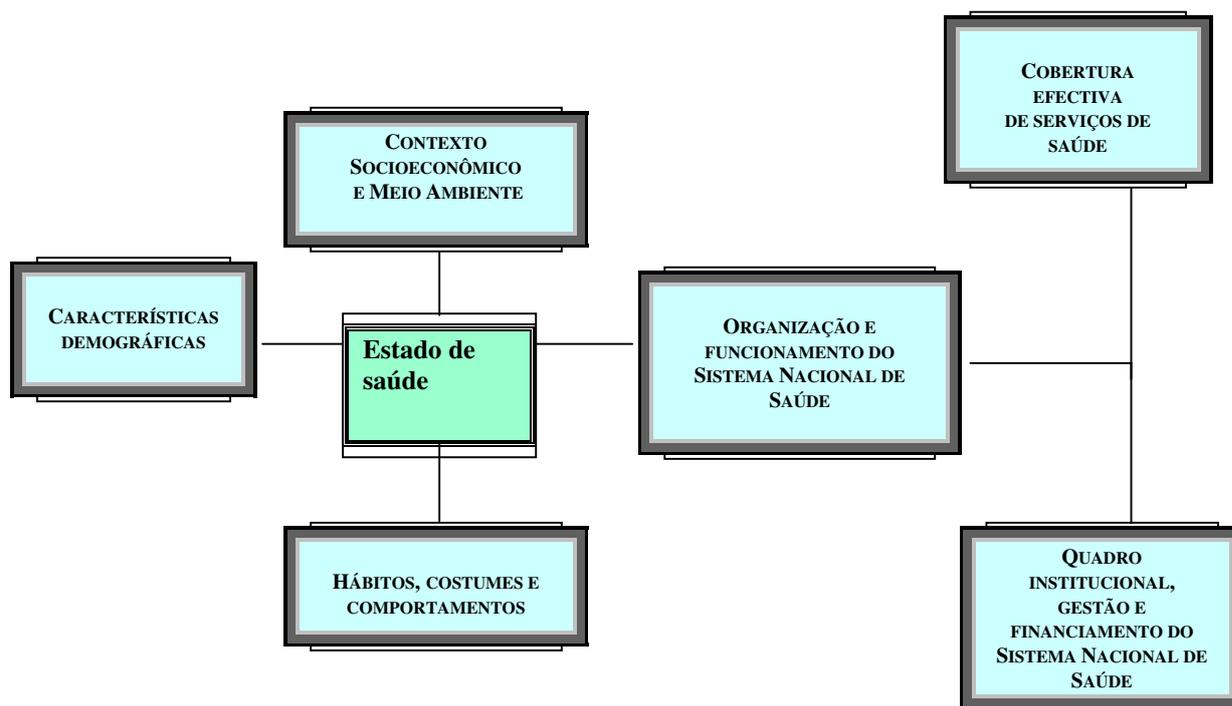
Na base dessa norma definida por PNDS, o presente estudo na região de Bafatá dirige-se a Saúde Materno Infantil e analisa as atividades da suas áreas sanitárias: nos sete CS e em algumas Unidades de Saúde de Base selecionadas.

Neste estudo foram utilizados alguns indicadores relacionados com a disponibilidade e acessibilidade de serviço, de processo de gestão e de alguns resultados em especial de morbidade e mortalidade materna infantil, para caracterizar o estado de saúde e do sistema de saúde da região de Bafatá.

Na região de Bafatá assim como em todo o país, a saúde da população depende de um certo número de fatores com uma influência recíproca entre si, como reagrupados em seguida: (MINSAP, 2003)

⁹ Pacote Mínimo de Atividade (PMA) – descrito no sistema nacional de saúde capítulo atrás.

Esquema 1: Fatores que influenciam a saúde da população



Fonte: MINSAP, 2003.

Fatores relacionados ao contexto socioeconômico e ao meio ambiente são baixos níveis salariais que não correspondem com o custo de vida; baixo nível de informação, alfabetização e escolaridade já descrita acima; baixo nível de saneamento, insuficiência a acesso a água potável em algumas regiões, em especial na zona urbana onde as necessidades ultrapassam as capacidades dos sistemas de saneamento e das redes de distribuição do ambiente, penúria de água para consumo e saneamento.

Fatores relacionados a hábitos, costumes e comportamentos, estes fatores referem-se á interdependência dos determinantes do estado de saúde. Alguns têm uma influencia positiva sobre a saúde, enquanto que outras exercem uma influência negativa.

Os hábitos, costumes e comportamentos com influência positiva na saúde: a amamentação, que apesar de não ser exclusiva até os 6 meses, conforme as atuais recomendações, mas, o período prolongado de 2 às vezes 5 anos de idade, em certos tribos, como “balanta”, contribui assim para prevenir as diarreias e a desnutrição no 1º semestre de vida, conseqüentemente a mortalidade infantil e também na utilizada como método de planejamento familiar, ou seja, a abstinência sexual das mulheres durante o período da amamentação, favorecendo o espaçamento dos nascimentos. Este fator

¹⁰ Estratégia Avançada – descrito no sistema nacional de saúde capítulo atrás.

contribui para prevenir os problemas ligados à gravidez, nomeadamente as anemias e desnutrição, os abortos e nascidos-mortos; os grupos de idades e os convívios diários da família, importantes para a transmissão de mensagens e conhecimentos e a troca de experiências.

Hábitos, costumes e comportamento negativo na saúde: gravidez e relação sexual precoce, contribuindo para o elevado índice de morbi-mortalidade materna e infantil; a excisão genital feminina com um notável impacto em relação às hemorragias e infecções que podem provocar a morte, a transmissão do HIV, seqüelas como consequência de algumas complicações no parto e traumas psicológicos; cerimônias fúnebres prolongadas: impacto na propagação de doença/cólera; automedicação principalmente antibióticos e antipalúdicos; práticas de medicina tradicional e influencia religiosa como consequência de rejeição de serviços de saúde.

Fatores relacionados à organização e funcionamento do sistema nacional de saúde e cobertura efetiva dos serviços, estes dois fatores estão relacionados com certos componentes dos cuidados primários de saúde tais como a consulta curativa primária, a vacinação, os cuidados maternos, fornece uma indicação clara sobre a performance do sistema sanitário. Esta cobertura é o resultado da disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços.

Disponibilidade - falta e precariedade das infra-estruturas principalmente as unidades de saúde base, a insuficiência de recursos humanos e quadros profissionais de saúde: médicos enfermeiros e parteiras.

Acessibilidade - dado à localização de algumas regiões as dificuldades no acesso das estradas e disponibilidades das infra-estruturas torna os serviços de difícil acesso à população. De um modo geral, no nível local existem dois tipos de estruturas: as USB e os Centros de Saúde. Este compreende população de 7000 a 12000 habitantes. E também, a estratégia avançada é utilizada a partir de CS para contribuir no aumento da acessibilidade das populações aos serviços de saúde de base. As Unidades de Saúde Base oferecem serviços primários com pessoal pouco qualificado e mantido pela comunidade.

Utilização - insuficiência de certos serviços (ligados a desmotivação dos profissionais, deficiência nas descrições de tarefas, mecanismo de controle e supervisão por vezes insuficientes). A utilização está também influenciado pelo contexto sociocultural – atribuição de causas das doenças a fatores místicos resultando na rejeição dos serviços de saúde ou recurso tardio às mesmas, provocando grande parte das vezes em fatalidades, como exemplo, das mulheres rejeitarem serviços de

maternidade/consultas pré-natais; um outro problema de utilização dos serviços é o respectivo custo, pois são cobradas taxas para utilização (recuperação de custos). A dificuldade de aceitação da comunidade em pagar os serviços e compra de medicamento essencial. O que leva muitas das vezes as paciente tanto da consulta geral como grávidas nas complicações graves.

Fatores relacionados às instituições, gestão e financiamento dos sistemas nacional de saúde, os estrangulamentos econômicos fizeram com que à saúde dependesse da ajuda externa. Praticamente todos os custos de investimento e uma parte crescente dos custos recorrente são financiados pela ajuda externa. Tanto no nível central como nas regiões, são asseguradas pelo Governo partes essenciais das despesas de funcionamento, incluindo os salários dos funcionários, ainda que de forma muito irregular. O orçamento de funcionamento é exíguo e não permite realizar de forma satisfatória as atividades.

A influência destes fatores, com deficiências em vários sectores na Guiné-Bissau fazem com que o país, enfrente vários problemas de saúde, como detectados no PNDS, segundo os perfis sanitários regionais, as estatísticas hospitalares, e a partir de estudos efetuados por diferentes organismos na Guiné, conforme mencionado no quadro a seguir:

Quadro 3 - Principais problemas de saúde e grupos alvos

Grupos vulneráveis:	Causas de morbi/mortalidade:
Crianças	<ul style="list-style-type: none">• Paludismo (malária)• Diarréias• Infecções Respiratórias Agudas• Sarampo• Desnutrição
Mulheres grávidas Recém-Nascidos	<ul style="list-style-type: none">• Complicações ligadas à gravidez e partos (hemorragias, anemias, rupturas uterinas, etc).• Problemas dos recém-nascidos (Tétano Neo-Natal; sofrimento fetal; prematuridade)• Paludismo
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none">• Paludismo• DST/SIDA (impacto atual e potencial)
Adultos	<ul style="list-style-type: none">• Paludismo• DST/SIDA (impacto atual e potencial)• Tuberculose (aumento ligado a VIH)

Fonte: Direção Higiene e Epidemiologia/Ministério de Saúde Pública

Segundo o quadro acima, observa-se que o paludismo/malária seguido de outros diagnósticos infecciosos representa maior problema de saúde em todas as faixas etárias. O estudo de caso efetuado na região de Bafatá constatou que as doenças infecciosas são as causas mais frequentes nas consultas. Antes de apresentação de coberturas das atividades, passe-se à representação de distribuição demográfica e os diagnósticos mais frequentes nas consultas na região de Bafatá.

Tabela 5 – Distribuição da população da Região de Bafatá segundo áreas e faixa etária em 2002 após a projeção a partir de 1991

Áreas Sanitárias	População	criança < 1 ano	crianças 1 - 4 anos	crianças 5 - 14 anos	MIF*	Grávidas
Bafatá	59.111	2.010	8.039	18.324	12.472	2.660
Bambadinca	19.496	663	2.652	6.044	4.114	877
Cambaju	4.192	143	570	1.300	885	189
Contuboel	18.992	646	2.583	5.888	4.007	855
Cosse	16.303	554	2.217	5.054	3.440	734
Fajonquito	8.355	284	1.136	2.590	1.763	376
Gã Carnês	4.406	150	599	1.366	930	198
Gã Mamudo	13.137	447	1.787	4.073	2.772	591
Gã Turé	5.561	189	756	1.724	1.173	250
Geba	10.628	361	1.445	3.295	2.242	478
Sare Bacar	5.884	200	800	1.824	1.242	265
Tendinto	4.751	162	646	1.473	1.002	214
Xitole	12.428	423	1.690	3.853	2.622	559
Total Região	18.3244	6.232	2.4920	56.808	38.664	8.246

Fonte: Ministério de Saúde, Pública Direção Higiene e Epidemiologia

*MIF – Mulher da Idade Fértil.

A população da região estimada é de 18.3244 habitantes, distribuídas respectivamente nas 13 áreas sanitárias em diferentes faixas etárias. Note-se que a proporção de crianças de 0 a 14 é de 48% da população total.

Tabela 6 – Números de consultas de clinica geral de crianças de 0 – 14 anos, região de Bafatá, 2002

Áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Bafatá	5	2	5	14	6	3	11	46	60	46	23	13	234
Bambadinca	110	130	254	189	192	228	507	586	258	235	190	190	3079
Cambaju	48	32	35	40	58	40	64	84	64	46	39	20	570
Contuboel	96	103	128	114	151	134	255	454	333	229	2040	157	2358
Fajonquito	23	43	76	64	68	29	123	183	103	68	53	47	880
Gã Carnes	0	0	0	0	0	0	61	24	15	25	24	18	167
Gã Mamudo	73	95	137	95	109	120	201	253	180	143	109	79	1.594
Gã Turé	45	35	49	40	53	54	126	106	30	45	23	49	655
Geba	25	62	57	37	59	61	121	84	56	41	55	48	706
Sare Bacar	34	39	38	33	43	45	58	53	63	61	65	36	568
Tendinto	25	33	23	26	37	10	29	79	25	50	29	14	380
Xitole	31	32	34	56	66	58	163	214	135	117	106	80	1094
Total área	515	606	836	708	842	782	1.719	2.166	1.332	1.106	922	751	12.285

Fonte: Ministério de Saúde, Pública Direção Higiene e Epidemiologia.

Em 2002 foram realizadas 12.285 consultas médicas de crianças de 0 a 14 anos na região de Bafatá para um total estimado nesta faixa etária de 87.960 crianças correspondendo apenas 0.14 consulta por criança ao ano.

A tabela mostra que três meses (Agosto, Julho e Setembro) que é a estação chuvosa e em todas as áreas sanitárias ocorrem mais freqüências de consultas gerais nesta faixa etária. A área sanitária de Bafatá apresenta menor número de consulta, dado que se encontra localizada na cidade onde está o hospital regional, assim a maioria dos pacientes preferem fazer consultas no mesmo.

Tabela 7 - Diagnósticos de doenças infecciosas mais frequentes na Região de Bafatá em 2002

//////////////////// ////////////////////	< 1 ano		1-4 anos		5 –14 anos		≥ 15 anos		total	
	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos
Paludismo	2.168	10	5.405	23	3.878	7	6.664	24	18.115	64
IRA	1.218	1	1.894	5	889	0	1.420	12	5.421	18
Diarréias Banais	490	0	671	3	196	1	419	10	1.776	14
Desintéria	36	0	139	1	66	0	321	2	562	3
Corrim genital purulento	0	0	0	0	15	0	342	0	357	0
Conjuntivite	59	0	76	0	58	0	112	0	305	0
Tricomoniases	0	0	0	0	0	0	237	0	237	0
Corrim genital não purulento	0	0	0	0	1	0	167	0	168	0
Ascariose	17	0	42	0	26	0	55	0	140	0
Gonorréia	0	0	0	0	0	0	93	0	93	0
Sarampo	13	0	39	0	23	0	16	0	91	0
Tuberculose Pul	0	0	1	0	0	0	53	6	54	6
AIDS	0	0	2	1	0	0	25	5	27	6
Úlcera genital	0	0	0	0	5	0	1	0	6	0
Meningite C.	0	0	1	0	1	0	1	1	3	1
Gastrite	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
Otite	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0
Shistosomíase	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Tétano	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Poliomielite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totais casos/óbitos	//////// /	////////	27.365	113						

Fonte: Ministério de Saúde, Pública Direção Higiene e Epidemiologia.

O total de casos das doenças infecciosas registradas, na região é 27.365 e óbitos – 113 óbitos. Em 2002, os principais motivos de consultas e óbitos são: paludismo (malária), infecções respiratórias, diarreia, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e desintéria (amebíase). E os três primeiros, são as razões mais frequentes nas consultas tanto nos centros de saúde como nos hospitais. No qual, paludismo/malária – representa 55% dos casos de doenças infecciosas atendidos e tem grande participação nas taxas de mortalidade infantil e nas grávidas, as infecções respiratórias agudas 16%, diarreia 12%, sarampo incidem mais nas crianças.

E também na região são notificadas outras doenças como tuberculose, lepra, oncocercose (estimam-se 1.400 casos de cegueiras atribuíveis encontra-se essencialmente na bacia do rio Corubal e em menor escala no rio Geba, no leste do país).

A ausência de saneamento e precárias condições de higiene contribuem em grande medida para a existência de parasitas intestinais, a diarreia, e outras doenças de transmissão feco-oral.

A oferta de serviços de saúde, segundo observação, na região de Bafatá está composta pelas seguintes estruturas sanitárias:

Tabela 8 – Distribuição da população e serviços de saúde nas áreas sanitárias da Região de Bafatá, 2002

No	Área sanitária	População 2002	Infra-estruturas sanitárias					Total estrut
			CS “C” rural	CS C urbano	CS B rural	Hospital regional	USB	
1	Bafatá	59.111		1		1	9	11
2	Bambadinca	19.496		1			7	8
3	Cambajú	4.192	1				2	3
4	Contoboel	18.992		1			14	15
5	Cosse	16.303			1		13	14
6	Fajonquito	8.355	1				3	4
7	Gã-Carnês	4.406	1				1	2
8	Gã-Mamudo	13.137	1				10	11
9	Gã-Turé	5.561	1				1	2
10	Geba	10.628	1				5	6
11	Sare Bacar	5.884	1				4	5
12	Tendinto	4.751	1				1	2
13	Xitole	12.428	1				15	16
To tal		18.3244	9	3	1	1	85	99

Fonte: MINSAP, 2002 e relatório estatístico da região de Bafatá.

Na região de Bafatá distribuíram-se áreas sanitárias nos seguintes serviços de saúde: 13 Centros de Saúde entre os quais nove CS tipo “C rural”, três CS tipo “C Urbano”, um “B rural”, um hospital regional de referencia e 85 USB. Segundo o MINSAP estão previstos mais dois CS tipo “C”, na área sanitária de Bafatá que ainda não estão construídos. No momento, os CS de Bambadinca, Contuboel, Gã-Mamudo, Fajonquito, Sare Bacar estão a ser reformados. E também o Centro de Saúde de Bafatá encontra-se em reforma para ampliação junto com a construção da sede Regional de

Bafatá. Os restantes encontram-se em boas condições. O hospital regional encontra-se num estado de completa degradação e sem perspectiva de reforma. Portanto, as estruturas construídas correspondem 86.7 % em relação ao previsto no PNDS.

Tabela 9 – Situação das Unidades de Saúde de Base, na região de Bafatá, 2002

No	Áreas sanitárias	USB	USB entrevi	Condição mínima e funciona	Cond. e não funciona	Sem condição funciona	Sem condição não funciona
1	Bafatá	9	4	2	0	2	0
2	Bambadinca	7	2	1	0	1	
3	Cambajú	2					
4	Contoboel	14	4	3	0	1	0
5	Cosse	13	4	1	1	2	0
6	Fajonquito	3					
7	Gã-Carnês	1					
8	Gã-Mamudo	10	2	0	2	0	0
9	Gã-Turé	1	0				
10	Geba	5	1	0	0	0	1
11	Sare Bacar	4	0				
12	Tendinto	1	1	1	0	0	0
13	Xitole	15	0				
Total		85	18	8	3	6	1

Fonte: relatório estatístico da região de Bafatá, 2002.

Das dezoito unidades de saúde visitadas, oito delas reúnem mínimas condições físicas e estão a funcionar, três com mínimas condições se encontram fechadas, entre as quais, uma de área sanitária de Cosse. Neste último, a unidade está fechada porque os ASB receberam primeira remessa de medicamentos essenciais gratuito (com a iniciativa de Bamako), contudo, com intuito de arrecadação de fundo para próximas compras e venda no local, conforme preconizado, entretanto, os ASB realizaram a primeira venda e o dinheiro foi desviado e os mesmos andam fugitivos com a chave da unidade. As outras duas de Gã-Mamudo estão fechadas porque não têm medicamentos na unidade. Das seis, sem condições físicas, algumas precisam de acabamento; são unidades que não foram rebocados e nem têm piso. Com exceção a de Bambadinca que se encontra em estado de degradação, precisando assim de uma reforma. Das 18 visitadas, 14 funcionam em diferentes condições o que corresponde 77.7 % e 4 não funcionam corresponde 22.3 % do total.

Equipamentos

A disponibilidade de equipamentos foi avaliada por meio da observação durante visitas e roteiro. Assim constatou-se que todos os centros visitados, no momento das entrevistas dispunham equipamentos conforme as listas estandardizadas, segundo o PNDS, ou seja, cumprem a norma de equipamentos mínimos para prestação de cuidados de saúde. Possuem também outros materiais para curativos, educativos, fichas de atendimento, livros de registros, fichas estatísticas, cartões infantil e de gestante etc.

Algumas unidades de saúde têm falta de equipamento como cama para observação das gestantes, balanças para adulto e criança e em outros, os equipamentos precisam de substituição.

Outros recursos disponíveis nos Centros

Todos estes centros possuem laboratórios onde são efetuados os seguintes exames: hemograma completo, gota espessa, urina, fezes. Os demais exames de maior complexidade são encaminhados para o hospital regional de referência. Tem ainda uma pequena farmácia com pequeno estoque de medicamentos essenciais.

Situação dos recursos humanos da região de Bafatá

Tabela 10 – Comparação entre os recursos humanos preconizados para os centros de saúde na norma (N) e a situação atual (A) nas áreas sanitárias, da região de Bafatá, 2002

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

Fonte: PNDS, 1998 – 2002 e relatório estatístico da região de Bafatá, 2002

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

* o técnico de Contuboel deve cobrir os pacientes que precisarem de exames no Tendinto.

A falta de recurso humano é um dos grandes problemas de saúde na Guiné-Bissau. O estudo mostra, discrepância entre o que a norma preconiza e a situação atual encontrada. A análise por área sanitária mostra que essa deficiência é grave, não tendo nenhum centro de saúde, que está com seu staff, completo. Na região de um total de 67 postos profissionais previstos apenas 58% estão preenchidos.

A deficiência de recursos humanos incide mais nos médicos e enfermeiras parteiras. A tabela mostra que não há médicos ao nível dos centros de saúde e a região não tem parteira, em todas áreas sanitárias, só existe uma parteira auxiliar. Há falta também de técnicos e auxiliares de laboratório. Segundo a distribuição do PNDS teria

um técnico para duas áreas sanitárias o quer dizer para dois CS tipo “C”. O que significa que ele deve planificar a sua saída para efetuar exames nos dois centros. Como o técnico que está na Gã-Mamudo, ele faz cobertura de exames em Geba.

Tabela 11 - Distribuição dos recursos humanos, no hospital regional de Bafatá, 2002

No	Serviços hospital regional	no	Médic	Enf. Geral	Enf. auxil	Parteir geral	Part. auxil	Téc. Lab.	Aux. Lab.	Téc. Farm.	Téc. Rx	Total
1	Direção hosp		1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
2	Bloco operat		0/1*	2	3	0	0	0	0	0	0	5/6*
3	Cirurgia		1+1*	1	3	0	0	0	0	0	0	4/5*
4	Medicina		0+1*	1	3	0	0	0	0	0	0	4/5*
5	Urgência		0	0	6	0	0	0	0	0	0	6
6	Ginecologia obstetrícia		1+1*	0	3	0	1	0	0	0	0	5/6*
7	Pediatria		1+1*	1	3	0	0	0	0	0	0	5/6*
8	Laboratório		0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
9	Estomatologia		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Farmácia		0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
11	Radiologia		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
12	Tisiologia		0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Total			4+5*	8	24	0	1	0	4	0	1	42/47*

Fonte: PNDS, 1998-2002

1* - Médicos voluntários das Nações Unidas em comissão de serviço.

A tabela mostra a falta de recursos humanos para a maioria dos serviços do hospital regional, primeiro nível de referência conforme serviços mostrado na tabela. No hospital trabalham quatro médicos nacionais, cinco médicos especialistas voluntários das Nações Unidas. E ainda há um médico de Saúde Pública que é diretor regional, que também faz cobertura no hospital. Os médicos contratados por um projeto das Nações Unidas trabalham em apoio aos hospitais regionais, escassos, em especialistas. O número de enfermeiros gerais corresponda 8 e os auxiliares 24. Não há parteira de curso geral e só uma parteira auxiliar. Nas maternidades, as enfermeiras atuam como parteiras e estão capacitadas para exercer essa função.

Tabela 12 – A capacidade mínima dos recursos humanos definidos, para hospitais regionais segundo o PNDS, Guiné-Bissau, 1998-2002.

Serviços	Méd	Enf. Ger	Enf. aux	Part ger	Part. auxil	Téc. Lab.	Aux. Lab.	Téc. Far	Téc. Rx	Téc oftal	Téc esto	Aux adm	Adm	Total
Hospital regional	5	5	15	2	4	2	4	1	1	1	1	1	1	43

Fonte: MINSAP, 1998.

A tabela acima demonstra capacidade mínima normatizada para recursos humanos no hospital regional. Comparando com tabela 8 verifica-se que, a situação atual os enfermeiros excedem ao mínimo preconizado, e há falta das parteiras geral e auxiliar, de técnicos e auxiliares de laboratório, de farmácia, oftalmologista, estomatologia, auxiliar administrativo, o que dificulta a realização dos diagnósticos complementares.

Tabela 13 – Comparação entre os recursos humanos previstos pelo PNDS e a situação atual, por categorias de profissionais, na região de Bafatá, 2002

No	Categorias	norma	atual	Pessoal à -	Pessoal à +	Total de diferença (+, -)
1	Médicos	10	10	0		
2	Enf. Geral	23	25		2	
3	Enf. Auxiliar	37	69		32	
4	Parteira	17	5	-12		
5	Parteira auxiliar	10	1	-9		
6	Técnico laboratório	2	4		2	
7	Auxiliar laboratório	16	8	-8		
8	Técnico diagnóstico	3	4		1	
9	Técnico de farmácia	2	0	-2		
10	Adm. Contabilidade	2	0	-2		
11	Aux. Adm. Contabilidade	5	5	0		
12	Servente	25	26		1	
13	Cozinheira	2	2	0		
14	Lavadeira	2	3		1	
15	Motorista	2	4		2	
15	Aux. Estatística	2	0	-2		
17	Secretária	1	3		2	
18	Logístico	1	1	0		
Total		162	170	35	43	8

Fonte: MINSAP, 1998, norma e relatório estatístico da região de Bafatá, 2002.

O estudo mostrou que para a região como todo, mesmo quando há correspondência entre a norma e situação encontrada não significa que as vagas estavam preenchidas. Por isso, os médicos encontram-se distribuídos pelo hospital e na direção regional e ausente nos centros de saúde. As áreas sanitárias, especificamente nos CS tipo “B” e “C” rural continuam sem assistência médica, e nos centros de saúde urbanos onde deveria ter 4 médicos como nos Centros de Bafatá, Bambadinca, Cosse, Contuboeil, áreas com mais 15000, há apenas um médico.

O sobre número ou variação positiva de enfermeiros de curso geral, auxiliar e outros profissionais de saúde, que excede a norma em algumas áreas sanitárias e o hospital regional estão concentrados principalmente neste último e nos centros, que se situam nas zonas urbanas, pois os profissionais buscam as condições sociais. Muitos dos

enfermeiros precisam ser aposentados, pois estão no limite da idade para exercer as atividades. Muitos se encontram na função anos e anos sem movimentação e os que são transferidos das outras áreas sanitárias para o hospital, por inconveniência de serviço, vão-se acumulando no mesmo lugar. O Ministério tem pouca exigência sobre a locação dos profissionais.

O estudo ainda indica a grande falta das parteiras tanto gerais como as auxiliares, os técnicos de laboratórios, os técnicos de farmácia, auxiliar administrativa contabilidade e auxiliar de estatística.

Segundo a observação de campo, a região tem pequena quantidade excedente de quadros profissionais mas falta qualidade, sendo necessário formar quadros qualificados e especializados para determinadas áreas. Os enfermeiros auxiliares que apresentam maior variação ocupam lugares sem quadro específico, resultado de inserção precária dos profissionais para cumprimento de planos não específicos, após capacitação, para exercer atividades programadas. Apesar dessa disparidade dos recursos humanos, a região tem cumprido as missões que são incumbidas, através dessas atividades programadas.

As atividades realizadas nos Centros de Saúde e na Unidade Saúde de Base na região de Bafatá

Atenção materna

Tabela 14 – Atividades de atenção materna realizada nos sete centros de saúde visitados, na região da Bafatá, 2002

Atividades realizadas no centro	Sim		Não	
	N	%	N	%
Consulta pré-natal por médico	1	14.2	6	85.8
Consulta pré-natal por enfermeira/parteira	7	100	0	0
Vacinação com Toxóide Tetânico	7	100	0	0
Utilização do Cartão de Gestante	7	100	0	0
Utilização do sulfato ferroso	7	100	0	0
Sulfato ferroso gratuito	0	0	7	7
Os enfermeiros costumam ajudar as parteiras nas consultas pré-natais.	7	100	0	0
Os enfermeiros realizam algum procedimento de avaliação nutricional das gestantes.	7	100	0	0

Fonte: pesquisa PSF, Guiné-Bissau, 2004

Segundo informações dos entrevistados, a tabela acima mostra só um Centro de Saúde de referencia da Região tem a consulta pré-natal feita por médico. Os outros seis centros são de “tipo C Rural” não têm médico na composição dos recursos humanos, e todos eles prestam atenção mínima. Salienta-se que o sulfato ferroso faz parte dos medicamentos essenciais do PMA, contudo pela Iniciativa de Bamako passaram a ser distribuídos mediante um pagamento regulado pelo Ministério. O que significa que o sulfato ferro não é gratuito.

Tabela 15 – Atividades de atenção materna realizada nas 18 Unidades de Saúde visitadas, região de Bafatá, 2002

Atividades realizadas nas USB	Sim		Não	
	N	%	N	%
Consulta pré-natal por enfermeira parteira	0	0	18	100
Consulta pré-natal pela matrona	18	100	0	0
Vacinação com Toxoide Tetânico	18	100	0	0
Utilização do Cartão de Gestante	18	100	0	0
Utilização do sulfato ferroso	18	100	0	0
Sulfato ferroso gratuito	0	0	18	100
As agentes de saúde de Base costumam ajudar as matronas nas consultas pré-natais.	18	100	0	0
As agentes de saúde de Base/matronas realizam algum procedimento de avaliação nutricional das gestantes.	18	100	0	0

Fonte: pesquisa PSF, Guiné-Bissau, 2004

Nas Unidades visitadas, as atividades são realizadas por Agentes Saúde de Base e (ASB) e Matronas. Estes às vezes são apoiados pelos enfermeiros responsáveis pela área sanitária, na realização das estratégias avançadas ou nas supervisões. As consultas pré-natais são feitas pelas matronas, apoiadas pelos ASB e não por enfermeiros.

Coberturas das consultas pré-natais

Tabela 16 – Número de primeiras consultas pré-natal, realizadas nas sete áreas sanitárias da Região de Bafatá durante o ano 2002

Áreas													
No Sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
1 Bafatá	179	113	73	73	105	125	136	115	147	177	156	116	1515
2 Bambadinca	43	30	49	23	55	31	35	34	28	41	52	21	442
3 Contuboel	25	13	13	17	12	17	12	18	17	20	11	23	198
4 Cosse	17	16	12	23	36	38	44	28	15	15	28	24	296
5 Gã-Mamudo	31	18	8	19	34	31	35	23	19	27	20	15	280
6 Geba	9	12	9	1	11	22	12	19	5	9	20	9	138
7 Tendinto	0	0	0	0	2	1	5	7	5	7	8	5	40
Total	304	202	164	156	255	265	279	244	236	296	295	213	2909

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Apesar de verificar que em todos os CS se realizam consultas pré-natais, segundo o questionário das entrevistas, o estudo dos dados coletados na tabela acima mostra que em todas áreas sanitárias há freqüência nas consultas se compararmos com a tabela 14 que apresenta baixa em cada área sanitária. Nesta tabela, no mês de Janeiro observa-se a maior freqüência das consultas, na região de Bafatá, seguido, pelos meses de Outubro e Novembro. Pode-se notar também que na área sanitária de Tendinto não houve consultas das grávidas, nos primeiro quatro meses do ano e que nos restantes meses também se registraram fraca presença das gestantes. Nesta e em outras áreas sanitárias de origem rural a realização desta atividade é feita por profissionais adaptados, na maioria são os enfermeiros auxiliares capacitados. Não tem nenhuma parteira nestas áreas.

Tabela 17– Números de grávidas estimas e cobertura da 1a consulta nas AS, região de Bafatá, 2002.

No	Áreas sanitárias	Grávidas previstas	Total 1ª consulta	Percent A S
1	Bafatá	2660	1515	57 %
2	Bambadinca	877	442	50 %
3	Contuboel	855	198	23 %
4	Cosse	734	296	40 %
5	Gã-Mamudo	591	280	47 %
6	Geba	478	138	29 %
7	Tendinto	214	40	19 %
	Total	6409	2909	45%

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

A cobertura da consulta pré-natal, de primeira vez, nessas sete áreas sanitárias é de apenas 45% das gestantes estimadas. O resultado é negativo, dado que não atingiu a meta de 70% das consultas pré-natal programada. A área sanitária de Bafatá teve 57 % das visitas em relação às grávidas previstas. É o melhor resultado, entre os sete Centros de Saúde visitados. Seguida de 50% de Bambadinca, 47% de Gã Mamudo e 40 % de Cosse. Os outros tiveram resultados críticos, abaixo de 30 %, como mostra a tabela.

Tabela 18 – Números de visita de acompanhamento das consultas de pré-natal nas áreas sanitárias de Jan à Dez, região de Bafatá, 2002.

No	Áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
1	Bafatá	106	210	178	138	150	126	159	198	194	207	185	166	2017
2	Bambadinca	46	40	42	25	32	32	72	67	56	47	69	47	575
3	Contuboel	9	8	7	8	3	6	15	26	21	11	13	22	149
4	Cosse	53	48	46	24	34	45	51	53	51	58	38	46	547
5	Gã-Mamudo	38	16	22	27	17	32	32	41	39	32	25	27	348
6	Geba	9	24	16	13	14	14	13	24	22	12	13	11	185
7	Tendinto	0	3	0	0	1	0	0	2	7	9	0	7	29
Total		261	349	311	235	251	255	342	411	390	376	343	326	3850

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Esta tabela com dados de visitas de acompanhamento nos mostra que não se atingiu as grávidas estimadas e nem as metas. Mesmo àquelas que se apresentaram na 1a consulta, no mês seguinte não compareceram. Ocorrendo uma perda das gestantes. O número vai decrescendo continuamente até o final. Exemplo, a 1a consulta do mês de Janeiro na área sanitária de Bafatá foram 179 gestantes (Comparando a tabela 13). No mês de Fevereiro, o centro deveria receber as gestantes da 1a consulta do mês de Janeiro mais as de visita repetida do mês anterior. O que se pode explicar que a soma seria superior. As 3850 de acompanhamento no total das áreas sanitárias correspondem apenas 60% das gestantes estimadas. Não conseguiram atingir a meta.

Tabela 19 - Média das consultas por gestantes realizadas nas áreas sanitárias selecionadas, Bafatá, 2002

No Áreas Sanitárias	1a consulta	consulta Repetida	Média
1 Bafatá	1515	2017	2
2 Bambadinca	442	575	2
3 Contuboel	198	149	2
4 Cosse	296	547	3
5 Gã-Mamudo	280	348	2
6 Geba	138	185	2
7 Tendinto	40	29	2
Total	2909	3850	2

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Nas sete áreas sanitárias, a média de consultas pré-natal por gestantes é de 2 consultas a cada gestante. A norma preconiza 5 consultas. Mas, dada às dificuldades em alcançar esta frequência foi adotada meta de no mínimo três consultas para se poder considerar um pré-natal satisfatório. A média da consulta de cada gestante foi calculada na base da seguinte formula: Média = 1ª consulta + consulta repetida (2ª consulta) / 1ª consulta. Nas áreas pesquisadas, portanto, as metas não foram alcançadas.

Tabela 20 – Capacidade de identificação de sinais característicos de gestantes de Alto Risco Obstétrico (ARO) pelos responsáveis e Agentes Saúde de Base/Matronas entrevistados, região de Bafatá, 2004

Sinais ARO	Responsáv. de centro de saúde					Agente Saúde de Base/Matronas				
	N de sinais acertos					N de sinais acertos				
	3	4	5	6	7 a 10	3	4	5	6	7 a 10
Sinais característicos ARO	4	1	1	1	0	0	0	0	15	3
Percentagens	57.1%	14.3 %	14.3%	14.3 %	0	0	0	0	83.3 %	16.7 %

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Sabemos que, as gestantes de Alto Risco Obstétrico, são grupos vulneráveis, condicionantes para elevadas taxas da mortalidade materna. E o programa Saúde da Família tem feito muito esforço na capacitação dos servidores da saúde nesta área no sentido de conhecerem bem quais os sinais característicos de ARO a fim de obter um diagnóstico precoce, um encaminhamento e tratamento adequado.

Para medir esta a capacidade solicitou-se ao entrevistado que mencionasse de 0 a 10 sinais ou mais de gravidez de ARO encontrados pelos profissionais junto as

gestantes atendidas. Dos sete responsáveis das áreas sanitárias, quatro citaram três sinais correspondendo a 57.1 %, dos mesmos. Os demais reconhecem de 4 a 6 sinais. Dos 18, Agente Saúde de Base e Matronas, 15 (83.3%) citaram seis sinais e 3 (16.7%), sete ou mais.

Isto mostra que os agentes de saúde de base estão mais engajados ou envolvidos no encaminhamento de altos riscos obstétricos. Tanto os responsáveis como os agentes reconhecem que a assistência adequada a esse grupo seria encaminhá-la à rede de referência de acordo com o nível: de USB para CS e deste para hospital regional conforme a necessidade ou complicações das gestantes. A tabela a seguir mostra acompanhamento das gestantes de Alto Risco Obstétrico (ARO) no último ano.

Tabela 21 - Grávidas de Alto Risco Obstétrico, acompanhadas nas consultas, nas sete áreas sanitárias região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
1 Bafatá	10	6	5	0	4	4	3	6	7	4	7	5	61
2 Bambadinca	3	6	2	0	4	2	5	5	5	3	5	7	47
3 Contuboel	8	10	11	12	7	6	0	14	15	9	8	8	108
4 Cosse	0	1	2	9	4	9	12	3	2	2	4	6	54
5 Gã-Mamudo	4	0	5	0	1	0	4	2	2	4	2	1	25
6 Geba	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7 Tendinto	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	2	10
Total	25	23	25	21	20	21	24	30	34	25	29	29	306

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Nesta tabela também se apresenta a mesma explicação com a de consulta pré-natal acima referida. Vê-se a diminuição das presenças nos meses seguintes. No mês de Abril na área sanitária de Bafatá, as gestantes ARO não se apresentaram na consulta, o mês de Julho Contuboel, mês de Fevereiro, Abril e Junho, Gã Mamudo respectivamente. O 1o mês no Cosse e os primeiros oito meses na Geba e Tendinto não se registraram o ARO. No mês de Setembro registrou-se uma gestante e esta não foi seguida nos três meses seguintes.

Tabela 22 – Número de Gestantes de Alto Risco Obstétrico encaminhado pelas USB para os CS de referência, região de Bafatá, 2002.

No	áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
1	Bafatá	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2	Bambadinca	0	0	0	3	0	0	3	0	2	0	3	3	14
3	Contuboel	1	2	0	2	3	0	0	4	2	3	2	1	20
4	Cosse	4	1	2	7	1	8	9	2	0	1	3	2	40
5	Gã-Mamudo	4	1	3	1	0	0	1	0	2	0	0	0	12
6	Geba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Tendinto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		9	5	5	14	4	8	13	6	6	4	8	6	88

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

As Unidades Saúde de bases referenciaram 88 gestantes de ARO para os seus respectivos Centros de Saúde de referências o que corresponda 1.3 % das gestantes estimadas. Com exceção dos Centros de Saúde de Geba e Tendinto, que não receberam gestantes de ARO das suas USB, as USB de Área Sanitária de Cosse e Contuboel foram encaminhadas gestantes de ARO.

Tabela 23 – Número de gestantes de Alto Risco Obstétrico encaminhado de Centro de Saúde, para o Hospital regional de Bafatá 2002

No	áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
1	Bafatá	0	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	5
2	Bambadinca	4	0	0	4	0	0	2	3	4	2	3	5	27
3	Contuboel	0	2	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	11
4	Cosse	0	2	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10
5	Gã-Mamudo	0	1	2	0	1	0	0	0	2	1	0	1	8
6	Geba	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
7	Tendinto	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total		5	7	6	10	2	2	5	4	7	5	5	8	66

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Os sete Centros de Saúde encaminharam 66 gestantes de ARO o que correspondem 1 % das grávidas estimadas (6409, tabela 14). Apesar de que Centro de Saúde de Cosse recebeu mais ARO (40, tabela 19) das USB, este Centro encaminhou menor número e Contuboel de igual modo. O Centro de Saúde de Bambadinca recebeu menor número de ARO e encaminhou mais para o hospital regional. Quanto a Centro de Saúde de Bafatá, o que se observou é o seguinte: não existe a relação de registro entre a consulta feita por médico e as parteiras que fazem consultas pré-natais sem complicações.

Partos assistidos

Tabela 24 – Número de partos assistidos, nas AS selecionadas, região Bafatá 2002.

No áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
1 Bafatá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Bambadinca	26	14	12	10	8	12	8	6	16	6	13	5	136
3 Contuboel	25	26	21	13	9	8	9	14	18	8	10	21	182
4 Cosse	13	9	9	6	8	11	13	7	10	11	9	21	127
5 Gã-Mamudo	6	11	8	7	6	5	6	3	7	5	6	5	75
6 Geba	1	2	6	1	2	1	2	2	7	1	3	3	31
7 Tendinto	0	3	0	0	1	0	0	0	2	3	2	2	13
Total	71	65	56	37	34	37	38	32	60	34	43	57	564

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

O Centro de Saúde da Área Sanitária de Bafatá não realiza parto, dado que este se encontra muito próximo do hospital regional. Todas as gestantes sejam elas de gravidez saudável ou ARO são encaminhadas para o hospital regional.

Ao se comparar a tabela de 1ª consulta com esta de partos, verifica-se que um pequeno número de gestantes utiliza as instituições de saúde para realização de partos. As gestantes que receberam alguma assistência em saúde, 2909 são as gestantes totais (tabela 16), só 564 (19 %) tiveram partos nas suas respectivas instituições de saúde.

Tabela 25 - Nascidos vivos, em partos assistidos segundo peso ao nascer, nas áreas sanitárias selecionadas, região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	>= 2500	< 2500	Total
1 Bafatá	0	0	0
2 Bambadinca	132	0	132
3 Contuboel	134	34	168
4 Cosse	100	15	115
5 Gã-Mamudo	70	0	70
6 Geba	21	9	30
7 Tendinto	13	0	13
Total	470	58	528
percentagem	83,3%	10,3%	93,6%

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Como já mencionado, no Centro de Saúde de Bafatá, os partos não são realizados. Dos 564 partos realizados (tabela 21) nos Centros de Saúde selecionados, 83% (470) que são de crianças que nasceram com peso normal igual ou maior de 2500g (o estandarte do peso das crianças ao nascer) e 10 % (58) nasceram abaixo do peso normal, que faz a soma de 528 crianças que são 94 % nascidos vivos dos partos assistidos.

Tabela 26 - Números de nascidos mortos nas AS de Bafatá, 2002.

No	Áreas sanitárias	>= 2500	< 2500	Total
1	Bafatá	0	0	0
2	Bambadinca	4	0	4
3	Contuboel	5	9	14
4	Cosse	8	4	12
5	Gã-Mamudo	2	5	5
6	Geba	0	1	1
7	Tendinto	0	0	0
Total		19	17	36
percentagem		3,3%	3,1%	6,4%

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Estas áreas sanitárias tiveram 7% (41) natos mortos, dos quais 3% (19) com peso normal e 4% (22) de baixo peso.

Tabela 27 – Relação entre partos assistidos, nascidos vivos e nascidos mortos, nas sete A S, região de Bafatá, 2002

No	Áreas sanitárias	Partos ass	Nados vivos	Nados mortos
1	Bafatá	0	0	0
2	Bambadinca	136	132	4
3	Contuboel	182	168	14
4	Cosse	127	115	12
5	Gã-Mamudo	75	70	5
6	Geba	31	30	1
7	Tendinto	13	13	0
Total		564	528	36
Percentagem		100%	93,6%	6,4%

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Apesar destes Centros de Saúde, não conseguirem atingir as grávidas que freqüentaram as instituições de saúde, houve eficácia nesta atividade. Dos 564 partos assistidos, 93,6 % (528) foram recém nascidos vivos e 7.4% (41) foram nascidos mortos.

Assistência às puérperas

Verificou-se que em todo os CS são realizadas consultas de enfermagem às puérperas. Nas USB, as puérperas são seguidas pelas matronas através de visitas domiciliares as mães e os recém nascidos. Depois da alta, de parto, as mães e recém nascidos recebem recomendações sobre higiene corporal da mãe e o bebe, amamentação exclusiva até os seis meses, curativos umbilicais, volta à consulta depois de uma semana e vacinar a criança. Todas as puérperas com complicações também são referidas aos serviços de referências.

Coberturas vacinais nas Mulheres de Idade Fértil e nas grávidas

Outro parâmetro de assistência analisado foi a aplicação das cinco doses da vacina antitetânica recebida pelas mulheres da idade fértil, nas sete áreas sanitárias estudadas, durante o ano 2002 como mostra a tabela abaixo.

Tabela 28 - Vacina Toxóide Anti-Tetânico nas mulheres de idade fértil (MIF), nas sete AS da região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	MIF	TT1	TT2	TT3	TT4	TT5
1 Bafatá	12472	421	400	300	122	104
2 Bambadinca	4114	261	233	183	100	58
3 Contuboel	4007	248	296	300	211	81
4 Cosse	3440	268	303	211	141	92
5 Gã-Mamudo	2772	59	129	162	65	22
6 Geba	2242	114	141	142	144	35
7 Tendinto	1002	177	223	149	84	36
Total	30049	1548	1725	1447	867	428

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Nas áreas sanitárias selecionadas houve fraca cobertura vacinal com este grupo alvo. As mulheres de idade fértil estimadas, nestas áreas são 30049 e a cobertura da 3ª dose (dose mínima adotada) foi de 4.8% (1447). A quinta dose seria a dose completa 1.4% (428) das mulheres. A meta de 70 % e cobertura em relação as MIF estimas.

Tabela 29 – Vacinas Toxóide Anti-Tetânica nas grávidas, nas sete áreas sanitárias, região de Bafatá, 2002

No	Áreas sanitárias	Grav	TT1	TT2	TT3	TT4	TT5
1	Bafatá	2660	450	297	90	72	49
2	Bambadinca	877	275	123	66	43	27
3	Contuboeil	855	177	116	46	50	30
4	Cosse	734	27	78	34	32	30
5	Gã-Mamudo	591	166	108	19	28	11
6	Geba	478	90	76	5	26	1
7	Tendinto	214	20	35	14	11	4
Total		6409	1205	833	274	262	152

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Quanto à cobertura vacina de tétano nas mulheres grávidas, na terceira dose, somente 4 % (274) e 2% (152) correspondem a quinta dose das 6409 grávidas estimadas em todas essas áreas.

Planejamento Familiar

Conforme observado nas entrevistas, nos sete Centros de Saúde, da região de Bafatá selecionados para estudo realiza-se planejamento familiar, através de aconselhamento e distribuição de preservativos. Em alguns deles se utilizam também outros métodos como o contraceptivo hormonal oral, pílula, o injetável Depo Provera, e o Dispositivo Intra Uterina (DIU). Contudo, estes Centros obtiveram pouca aderência da população ao planejamento, principalmente pela rejeição à modalidade em função das crenças religiosas. São áreas sanitárias onde predomina a população mulçumana e esta religião é mais radical na não aceitação da prática de planejamento familiar.

Das 18 Unidades de Saúde de Base, só três realizam aconselhamento, as restantes não praticam esta atividade, pelo mesmo fator acima mencionado. As tabelas a seguir apresentam dados estatísticos da região sobre a frequência das mulheres em idade fértil e sobre os métodos apresentados as MIF naquelas consultas.

Tabela 30 – MIF que realizaram 1a visita e visita repetida no planejamento familiar

No	Áreas sanitárias	1a visita	Visita repetida
1	Bafatá	323	347
2	Bambadinca	128	82
3	Contuboel	106	106
4	Cosse	59	78
5	Gã-Mamudo	17	22
6	Geba	5	22
7	Tendinto	7	13
Total		645	670

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

Em relação a MIF estimada pode-se ver que existe fraca frequência as consultas de planejamento familiar, equivalendo a 2% da MIF, tendo por base 30049 MIF estimada (tabela 28).

Tabela 31 - Métodos contraceptivos distribuídos nas sete AS, região de Bafatá, 2002

No	Áreas sanitárias	Pílula	DIU	Horm injetáv	Perserv	Total AS
1	Bafatá	142	159	119	2798	3218
2	Bambadinca	74	85	56	620	835
3	Contuboel	22	53	83	611	769
4	Cosse	41	12	50	844	947
5	Gã-Mamudo	20	8	13	386	427
6	Geba	54	0	16	230	300
7	Tendinto	3	0	15	412	430
Total		356	317	352	5901	6926

Fonte: relatório estatístico, 2002 de região de Bafatá.

O estudo mostra, ainda que o método de barreira, o preservativo é mais utilizado. O que mostra um pouco de liberdade dos homens na utilização destes métodos. As mulheres ainda têm limitações para essa prática.

Morte materna na região de Bafatá

Dadas às dificuldades de registro, só serão apresentadas as mortes maternas registradas no Hospital Regional, segundo dados da Estatística Hospitalar.

Tabela 32 – Percentagem de partos assistidos em relação às grávidas estimadas, Hospital Regional de Bafatá, 2002

Grávidas	Números	Percentagens
Grávidas estimadas	1.048	100%
Partos estimados	-----	50%
Grávidas assistidas	846	80,7 %
Partos assistidos	846	80,7%

Fonte: relatório hospitalar, 2002.

A meta dos partos nas instituições é de 50 %. O hospital regional ultrapassou a sua meta, dado que estimou 1048 grávidas e a cobertura de gravidezes assistidos e partos atingidos são de 87.7 %. O quer dizer 846 grávidas dos 1048 tiveram assistência no hospital e todas realizaram partos nesta instituição. Contudo o hospital recebe pacientes de diversas áreas.

Tabela 33 – Óbitos maternos, no Hospital Regional de Bafatá, 2002

Designação de óbitos	Números	Percentagens
Total de óbitos maternos	23	100%
Antes do parto	13	56.5%
Durante o parto	07	30,4%
Depois do parto	1	4,3%
Extra hospitalar	2	8,6%

Fonte: relatório hospitalar, 2002.

No hospital de referência regional, os óbitos maternos foram 23 em 846 partos, no qual 56.5 % dos óbitos ocorreram antes do parto, 30.4% durante o parto, 4.3 % depois de parto e 8.6 % foram assistidos extras hospitalares.

Atenção às crianças

Tabela 34 – Atividades relacionadas com atenção às crianças de 0-5 e 5-14 anos de idade nos sete centros de saúde selecionados, região Bafatá

Atividades realizadas no centro	Sim		Não	
	N	%	N	%
Consultas enfermagem	7	100	0	0
Imunização	7	100	0	0
Utilização do Cartão da criança	7	100	0	0
Seguimento de crescimento	7	100	0	0
Controlo das Doenças Diarréicas/Infecções Respiratórias Agudas	7	100	0	0
Informação educação e comunicação sobre a prevenção e tratamento das Doenças Diarréicas/Infecções Respiratórias Agudas	7	100	0	0

Fonte: pesquisa PSF, Guiné-Bissau, 2004

Os centros selecionados realizam atividades mínimas mencionadas na tabela.

Tabela 35 – Atividades relacionadas com atenção as crianças de 0-5 e 5-14 anos de idade nos 18 Unidades de Saúde selecionados

Atividades realizadas no centro	Sim		Não	
	18	100	0	0
Consultas enfermagem	0	0	18	100
Imunização	18	100	0	0
Utilização do Cartão da criança	18	100	0	0
Seguimento de crescimento (puericultura)	0	0	18	100
Controlo das Doenças Diarréicas/Infecções Respiratórias Agudas	18	100	0	0
Informação educação e comunicação sobre a prevenção e tratamento das CDD.	18	100	0	0

Fonte: pesquisa PSF, Guiné-Bissau, 2004

Nas unidades de saúde de base as consultas às crianças são feitas pelos agentes de saúde de base, quando ocorrem determinados diagnósticos precoces como paludismo/malária, diarreias, conjuntivites entre outros diagnósticos não complicados. Os casos complicados são encaminhados ao Centro de Saúde. No momento da pesquisa, os seguimentos das crianças não estavam sendo realizados nas Unidades de Saúde de Base. Segundo os entrevistados, a atividade não era realizada porque não havia gêneros alimentícios para distribuição. Anteriormente fazia-se o seguimento distribuindo ao mesmo tempo o gênero alimentício para as crianças. Outras atividades mínimas eram feitas conforme apresentado na tabela acima.

Consultas gerais das crianças

Tabela 36 - Relação de consultas gerais por diagnóstico nas crianças 0 - 14 anos, nas sete A S pesquisadas, na região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	consultas	diarréias	Paludismo	Paludismo	Total
	gerais	agudas	agudo	grave	
1 Bafatá	234	3	133	0	136
2 Bambadinca	3.079	252	1.094	190	1.536
3 Contuboele	2.358	37	788	76	901
4 Cosse	1.673	27	819	57	903
5 Gã-Mamudo	1.594	95	840	19	954
6 Geba	706	44	357	0	401
7 Tendinto	38	39	189	0	228
Total	9682	497	4220	342	5059
Percentagem		5%	44%	4%	52%

Fonte: relatório estatístico, região Bafatá, 2002.

Das 9682 crianças observadas nas consultas gerais, 44 % eram casos de paludismo agudo, 5 % da diarreia aguda e 4 % de paludismo grave. Os agravos infecciosos ocupam 52 % de toda consulta geral nesta faixa etária.

Coberturas Vacinais nas crianças

Tabela 37 – Imunização por BCG nas crianças < 1 ano, nas sete A S região de Bafatá, Jan – Dez, 2002

No áreas sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
1 Bafatá	93	0	125	218	156	184	107	167	142	54	149	95	1490
2 Bambadinca	9	0	48	45	57	40	168	53	74	45	46	68	653
3 Contuboele	8	0	0	179	18	40	83	50	12	57	48	93	588
4 Cosse	49	0	74	134	114	109	64	40	21	25	18	13	661
5 Gã-Mamudo	0	0	41	146	60	65	15	33	27	19	36	15	457
6 Geba	0	0	53	55	30	0	72	46	0	13	0	0	269
7 Tendinto	0	0	63	0	0	0	37	41	12	23	0	25	201
Total	159	0	404	777	435	438	546	430	288	236	297	309	4319

Fonte: relatório estatístico, região de Bafatá, 2002.

Conforma a tabela, mostra que no mês de Janeiro de 2002 as áreas sanitárias de Gã Mamudo, Geba, e Tendinto não realizaram atividade de vacinação. No mês de Fevereiro, nas sete áreas sanitárias não ocorreu à mesma atividade. Este fato repetiu-se

em nas áreas de Tendinto e Geba. Setembro. No mês de Abril houve maior número de vacinação do ano com 777 crianças vacinadas, seguido do mês de Julho com 546 vacinações.

Tabela 38 – Cobertura vacinal por BCG em crianças menores de 1 ano nas setes áreas pesquisada, região Bafatá, 2002

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

Fonte: relatório estatístico, região de Bafatá, 2002.

De acordo com análise, verificou-se alta cobertura de vacinação nas áreas sanitárias de Tendinto, Cosse e Gã Mamudo, 124 %, 119 % e 102 % respectivamente. Os fatores prováveis foram os seguintes: subestimação do grupo alvo, um forte fluxo de imigração entre áreas - devido à pastagem de gados bovinos, onde as famílias inteiras mudam de áreas num determinado tempo - e também proximidade da população com outra área. Alguns profissionais responsáveis afirmaram que já foi discutido muitas vezes o atendimento da população adscrito para troca de dados, que permitisse crianças sejam corretamente identificadas e registradas conforme a área e passadas para área que pertencem. Contudo a cobertura geral media é 89 % o qual é muito próximo, da meta que é de 90 %.

Tabela 39 - Crianças < 1 ano, vacinadas DTP 1, Pólio 1; DTP 2 Polio2; DTP3, Pólio 3nas sete A S, região Bafatá, 2002

No Áreas Sanitárias	DTP 1	Pólio 1	DTP 2	Pólio 2	DTP 3	Polio3	Sar*
1 Bafatá	1472	1490	1298	1357	888	912	692
2 Bambadinca	677	715	539	565	469	488	337
3 Contuboel	735	734	701	689	561	558	383
4 Cosse	589	626	507	590	337	413	286
5 Gã-Mamudo	494	488	542	520	437	434	237
6 Geba	285	292	457	482	224	231	101
7 Tendinto	276	236	260	227	186	253	83
Total	4528	4581	4304	4430	3102	3289	2119
Percentagem	93%	95%	89%	91%	64%	68%	44%

Fonte: Relatório Estatístico , Região de Bafatá, 2002.

Sar* - sarampo

Há uma tendência de diminuição das crianças vacinadas conforme a seqüência da dose de determinada vacina. Como se pode observar na tabela, a primeira dose de DTP1 cobriu 93 % de crianças estimadas (4843, nesta faixa etária, tabela, 38) e esta cobertura foi diminuindo para doses seguintes: 89 % na 2ª e 64 % na 3ª. De igual modo para Pólio apresentou-se uma cobertura de 95% na 1ª dose e uma perda para 91% e 68% na 2ª e 3ª doses respectivamente. A imunização contra sarampo teve 44 % de cobertura o que implica também em perda de crianças em relação ao número de crianças cobertas na DTP1.

Tabela 40 – Crianças de 1 – 4 anos vacinadas de BCG, nas sete A S, da região de Bafatá, Jan-Dez, 2002

No Áreas Sanitárias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Total
1 Bafatá	0	0	0	0	0	3	0	191	98	0	112	0	404
2 Bambadinca	1	0	12	0	4	0	46	38	14	10	17	10	152
3 Contuboel	2	0	0	9	0	12	6	2	0	4	1	4	40
4 Cosse	25	0	27	55	13	11	25	11	5	1	0	1	174
5 Gã-Mamudo	0	0	0	14	3	1	0	0	6	1	0	1	26
6 Geba	0	0	10	31	2	0	19	21	0	2	0	0	85
7 Tendinto	0	0	30	0	0	0	3	38	4	11	0	2	88
Total	28	0	79	109	22	27	99	301	127	29	130	18	969
Percentagem	//////// //												5%

Fonte: Relatório Estatístico, Região de Bafatá, 2002

Normalmente estas crianças de 1-4 anos estão fora do calendário vacinal, mas acontecem casos em que as mães não levam os filhos à vacina no primeiro ano de vida e por motivo de viagem e não levam as outras instituições de saúde. A estratégia avançada de “caça crianças” não vacinadas, operando vacinas de porta em porta é responsável pela captura dessas crianças. No todo, alcançaram 5% das crianças estimadas.

Tabela 41 – Crianças de 1-4 anos vacinadas DTP 1, Pólio 1; DTP 2 Polio2; DTP3, Pólio 3 nas sete AS, região Bafatá, 2002

No	Áreas Sanitárias	DTP 1	Pólio 1	DTP 2	Pólio 2	DTP 3	Polio3	Sar*
1	Bafatá	612	419	562	576	426	428	865
2	Bambadinca	268	240	260	292	245	278	280
3	Contuboel	34	33	97	91	202	196	284
4	Cosse	176	157	352	285	463	470	342
5	Gã-Mamudo	25	23	49	40	73	80	140
6	Geba	87	66	199	295	359	323	170
7	Tendinto	59	58	227	119	369	232	209
Total		1261	996	1746	1698	2137	2007	2290
Percentagem		7%	5%	9%	8%	11%	10%	12%

Fonte: relatório estatístico, região Bafatá, m 2002.

A estratégia avançada também busca alcançar as crianças com imunização incompleta cuja idade se encontra fora do calendário vacinal, para aplicação das três doses de DTP e Pólio. A tabela mostra uma disparidade entre a 1ª dose de DTP e de DTP3, que se repete para Pólio1 e Pólio3 têm uma percentagem alta, dado que no momento da vacina foram encontradas não só as crianças que fizeram DTP 1 mas também aquelas que tinham faltado às doses seguintes de vacinações dentro do seu calendário. Atingiram também 12 % de crianças para vacinas de sarampo. É de salientar que o calendário básico da vacina termina aos nove meses de idades.

Puericultura

Tabela 42 - Crianças < 1 ano que efetuaram puericultura, região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	1a visita	visita repetid	média
1 Bafatá	836	2176	4
2 Bambadinca	212	334	3
3 Contuboel	69	52	2
4 Cosse	47	0	1
5 Gã-Mamudo	219	207	2
6 Geba	42	106	4
7 Tendinto	64	51	2
Total	1489	2926	3
Percentagem	30.7%	60%	

Fonte: relatório estatístico, região de Bafatá, 2002.

As atividades de puericultura alcançaram 30.7% das crianças estimadas, menores de um ano, na primeira visita e 60 % na visita repetida, uma média de 4 visitas cada criança nas áreas sanitária de Bafatá e Geba, 3 para Bambadinca, 2 para Contuboel, Gã Mamudo e Tendinto e por último Cosse foi a que teve somente uma visita a cada criança.

Tabela 43 –Crianças 1-4 anos que efetuaram consulta de puericultura e número de malnutridos, região de Bafatá, 2002

No Áreas sanitárias	1a visita	2 ^a cconsulta	média	malnut grave
1 Bafatá	17	628	*	10
2 Bambadinca	230	371	3	18
3 Contuboel	19	20	2	0
4 Cosse	139	22	1	6
5 Gã-Mamudo	176	173	2	252
6 Geba	45	65	2	0
7 Tendinto	74	54	2	46
Total	700	1333	3	332
Percentagem	14%	28%		47%

Na faixa etária de 1 a 4 anos, a freqüência das crianças às consultas de puericultura é de 14 % na primeira visita e 28 % na segunda consulta, com uma média

geral de 3 visitas¹¹ a cada criança por ano nas sete áreas sanitárias. Esta média foi observada também na Bambadinca, enquanto as outras áreas sanitárias apresentaram visitas sendo, exceção Cosse com uma visita a cada criança. A área sanitária de Bafatá foi impossível de calcular a média dado que na 1ª visita a frequência foi muito baixa. Nesta atividade foram encontradas 47 % das crianças de 1-4 anos malnutridas graves.

Sistema de referência e contra referência

O nível local é o primeiro nível de atendimento com uma rede composta por Unidade de Saúde de Base e Centro de Saúde. Estes têm por missão prestação de cuidados primário através de “Pacote Mínimo de atividades” em cada área sanitária. Isto é, têm o papel de execução dos programas de Cuidados Primários de Saúde. Segundo orientações de PNDS, a Unidade de Saúde e o Centro de Saúde são serviços onde se faz o primeiro contato e a síntese da situação da família, sendo o local que pode melhor situar o paciente no seu contexto local, familiar e pessoal, eles assumem a responsabilidade pela globalidade e continuidade dos cuidados e reúne as informações necessárias do paciente e das famílias.

Os hospitais regionais que existem em cada região são o primeiro nível de referencia do centro de Saúde. Portanto é a estrutura onde são levadas a cabo as atividades técnicas que não podem ser descentralizadas, uma referencia para o hospital deve responder por uma necessidade de um exame diagnóstico, de um conselho de um especialista, de uma intervenção cirúrgica o porque o doente não pode ser tratado em ambulatório e deve ser hospitalizado. O hospital tem o papel técnico de apoio. Esta complementaridade nas funções entre os Centros de Saúde e os Hospitais subentende que haja uma rede funcional de Centro Saúde em toda parte, ou seja, participação dos médicos clínicos dos hospitais, na supervisão dos Centros de Saúde e relação entre as guias de referencias e retroinformação.

Os encaminhamentos dos pacientes dos níveis básicos (USB e CS) fazem-se através de uma “guia de referência¹²” ali chamada de “guia de evacuação”, do primeiro para segundo e este último para o primeiro nível referencia – os hospitais regionais. Este mecanismo de Centro para Hospital funciona. Por outras palavras, os pacientes são referidos como uma guia de referencia de Centro de saúde, mas nem sempre se recebe retroinformação dos hospitais. Às vezes recebem informações relatadas verbalmente

¹¹ Média das consultas de puericultura é calculada no seguinte: 1^{a} consulta ou visita + 2^{a} consulta / 1^{a} consulta.

¹² Guia de referencia, ver o modelo ou formulário em anexo.

pelo paciente e nunca recebem um relatório escrito de atendimento e das providências tomadas.

“Normalmente o sistema de referencia concretamente do nível básico (Saúde de base) têm um trabalho perfeito da referencia mais a contra-referencia ou retroinformação que falha de nível hospitalar”

ou

“Em cada região tem a sua área sanitária e funcionam de USB, a Centro de Saúde e hospital Regional e vice versa. Mas que este último é deficiente no seu funcionamento”.

(Entrevistado, nível regional)

O estudo de caso realizado na região de Bafatá observou que o primeiro atendimento é constituído pelos Centros de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Saúde de Base. Estes, responsáveis por ações preventivas dependendo do nível (consulta pré-natal, vacinação, puericultura, educação à saúde entre outras), e curativas (consultas curativas de pediatria, ginecologia e obstetrícia e medicina interna), de acordo ao proposto no pacote mínimo das atividades do PNDS. E os casos complicados, ou os pacientes que precisam de um atendimento especializado são encaminhados com uma guia de referencia a um nível determinado de referência, como já se mencionado anteriormente.

E se o paciente ou uma gestante necessitar de um internamento, este é encaminhado com um relatório completo de caso. As consultas são realizadas de acordo com uma inscrição prévia feita, no mesmo dia, dependendo do calendário de cada serviço de atendimento. Há consulta de clinica geral e pediatria todos os dias. Alguns gestores entrevistados acham precoce falar da relação de mudança entre a rede da atenção básica e hospitalar, dado que se verifica ainda o hospital como o primeiro nível de atendimento o que carrega as atividades hospitalares.

Atividades de vigilância sanitária e saneamento básico

Outros programas integrados à atenção básica, como Grandes Endemias, Saúde Comunitária, identificação de casos novos de tuberculose, lepra, AIDS e controle das outras doenças de agravos infecciosos como cólera, sarampo.

Um das atividades bem estruturadas no nível local – CS e USB – é a integração junto à comunidade através de reuniões de sensibilização e apoio, articulação com ONGS e outros sectores para saneamento do meio ambiente como a construção e limpeza de poços de água, organização de trabalho voluntário e comunitário para limpeza ao redor das casas, dos Centros de Saúde e das Unidades de Saúde de Base, principalmente na época chuvosa para proteção e luta contra a malária.

Coleta e análise de informação de saúde na região de Bafatá

Por definição, um sistema nacional de informação sanitária é constituído por conjunto de mecanismos e de procedimentos que visam recolher, analisar, divulgar e utilizar dados necessários à planificação e gestão dos sistemas de saúde. Portanto é de extrema importância que o pessoal de saúde e outros setores, reconheçam e compreendam a importância das informações recolhidas, utilizando-as no seu trabalho de dia em dia, para que se possa obter um preenchimento correto e a tempo das informações exigidas.

Ao buscar conhecer como funciona o mecanismo de informação perguntou-se sobre a forma como se realiza a coleta de dado, sua consolidação e remissão bem como sua análise e uso. O depoimento a seguir expressa como se dá o mecanismo de controle da atenção prestada:

“todos os elementos do Centro ou das Unidades de Saúde de Base se reúnem mensalmente para coleta e consolidação dos dados. Posto isso são analisados no local pelos mesmos e em seguida são remetidos para o Centro de Saúde - caso os dados forem das Unidades - o CS por sua vez analisa e junta aos seus e são enviados para equipe regional. E numa reunião mensal entre os da equipe regional e todos os responsáveis das áreas sanitárias discutem, analisam-los e num consenso os mesmos são enviados à direção nacional de epidemiologia para compilação nacional no sistema de informação nacional. E se for detectado qualquer anomalia é imediatamente recorrido a uma ação para resolução do problema ou notificação para direção de epidemiologia, se o caso for ligado aos agravos infecciosos”.

(Entrevistado)

Observou-se ainda, que, dois Centros de Saúde também discutem os seus dados com os membros de comitê de gestão, e cinco das Unidades de Saúde de Base visitadas discutem os seus dados com líderes comunitários, que são elementos executivos e equipe de saúde e que estes muitas vezes ajudam na tomada das decisões para resolução de problemas encontradas na comunidade. Nos outros CS e outras Unidades não discute os seus dados com elementos fora da equipe.

Supervisão

Ainda se encontra muita dificuldade de comunicação entre o nível central do programa com ao nível regional. Os profissionais da região ainda se queixam de que – não só o programa de Saúde de Família como também os outros – fazem as supervisões diretas até o nível local sem uma concertação ou planificação prévia com a região. É recorrente a unidade receberem estas visitas imprevistas do nível central, o que atrapalha as atividades programadas.

A supervisão pela coordenação regional para os Centros de Saúde é feita por dois ou mais elementos da equipe regional, sejam eles o responsável de Saúde de Família ou outros membros, através de uma programação prévia, além de outros casos como suspeita de irregularidade do trabalho, ocorrência de situações de alto risco a saúde da população.

A supervisão dos profissionais de Centro de Saúde à unidade de saúde de base era feita por enfermeiros responsáveis da área sanitária às vezes sem prévia programação. Observou-se no momento das entrevistas, que muitas unidades há mais seis meses não recebiam visitas de supervisão dos enfermeiros.

Tabela 44 – Regularidade de supervisão observada, no CS, região de Bafatá, 2002

Questionários	N de visitas de supervisão											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	To + CS
Nos últimos 12 meses quantas vezes no centro receberam a visita de supervisão da equipa regional	4	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	7
Nos últimos 12 meses quantas vezes, o enfermeiro responsável ou outro participou na reunião com equipa regional.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	7

Segundo o estudo, quatro Centros de Saúde receberam no ano uma visita de supervisão, dois Centros receberam visitas três vezes e um centro quatro vezes. As

reuniões dos enfermeiros responsáveis do CS com a equipe regional ao ano são mais frequentes, segundo os enfermeiros que indicaram entre 10 e 11 reuniões.

Tabela 45 - Números de visitas de supervisão realizadas pela equipa regional e pelo enfermeiro responsável, nas Unidades de Saúde de Base, região de Bafatá, 2004

Questionários	N de visitas de supervisão											To + CS
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nos últimos 12 meses quantas vezes os ASB/Matrona receberam à visita de supervisão da equipa regional.	5	4	4	1	1	1	2	-	-	-	-	18
Nos últimos 12 meses quantas vezes, os ASB/Matrona receberam à visita de supervisão dos enfermeiros.	8	4	1	-	1	1	1	-	-	-	2	18

Segundo a tabela acima, cinco unidades de Saúde de base não receberam nenhuma visita de supervisão da equipa regional e outros oito também não receberam supervisão dos enfermeiros responsáveis da área, no mesmo período. A média indica das visitas por parte da equipa regional foi de 1 a 2 visitas, com exceção de 2 unidades que declararam ter recebido 10 visitas.

Capítulo V - Discussão

Inicialmente cabe aqui ressaltar, a trajetória deste trabalho que consumiu bastante energia até chegar a esta etapa final. A escolha do objeto de estudo derivou da preocupação de entender o que é Programa Saúde de Família na Guiné-Bissau, tendo por objetivo geral analisar o processo de implementação do programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, através do estudo do caso relacionado com atenção materno/infantil na região de Bafatá.

O desenvolvimento do estudo teve duas fases: a primeira é parte teórica que discutiu conceitos, as interpretações de atenção primária/atenção básica, a experiência internacional na consolidação da atenção primária.

A pesquisa bibliográfica deste trabalho procurou apreender o conceito da atenção primária, relacionada com a origem da Saúde da Família, a sua importância de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo de assistência médica, orientado somente na cura de doenças no hospital.

Segundo Starfield (2002), atenção primária teve a sua origem no Reino Unido a partir do “Relatório Dawson” – criado e publicado em 1920 – o mesmo propôs a reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização, integração das ações preventivas e curativas em que o Estado deveria assumir o papel de provedor e controlador de políticas de saúde. Esta experiência e preocupação também se verificaram posteriormente em outros países como Canadá, Cuba e o Brasil.

No caso do Brasil, a Saúde Família surgiu em 1994 a partir da atenção primária consolidada na atenção básica como estratégia para a integração e organização de diversas atividades de diferentes programas nacionais de saúde, em um território definido. Esta estratégia se estruturou com a adscrição da população a partir de uma área de abrangência que se concretizou em uma Unidade de Saúde da Família.

Segundo Silva et al. (2002), o Programa Saúde da Família no Brasil, na primeira versão foi apresentado como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Posteriormente, essa concepção se amplia na perspectiva de uma estratégia para reorganização dos serviços, no nível primário com vistas a sua articulação com os demais níveis (Mendes, 1999). Utilizando o trabalho de equipes de saúde, o qual são responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. As equipes têm uma composição básica: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários. As mesmas devem

assistir de 600 a 1000 famílias, com limite máximo 4.500 pessoas (MS, 1995) .

A estratégia da Guiné-Bissau é muito simplificada e uma situação bem diferente que se encontra nesse país, onde não se formaram equipes básicas específicas para a Saúde da Família. A mesma tem uma coordenação nacional e uma representação na equipe regional. Quanto aspecto comparativo na execução das atividades existe um processo programado de capacitação dos profissionais e agentes comunitários no nível central e regional.

Também se pode constatar que são as diferentes experiências internacionais no domínio da concepção do programa. O estudo mostrou o traço comum destas experiências: ocorrência de uma série de reformas do aparelho do Estado e da proteção social, tendo como uma das finalidades básicas garantir o acesso universal aos cuidados e serviços de saúde, com base numa estratégia que privilegia a atenção primária, ou seja, uma assistência à saúde que visa a desenvolver promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. As análises dessas experiências, mostram que cada um destes países apresentou contornos próprios, moldados pelo sistema de saúde em que se inseriu: universal e gratuito em Cuba, Canadá Brasil e Reino Unido; universal e não gratuito na Guiné Bissau e não universal e nem gratuito nos Estados Unidos.

Também se constatou as diferentes denominações do programa, neste países e embora se denominem diferentemente como “médico de família”, “medicina da família” ou “saúde da família” estes apresentam um mesmo contexto. Assim, médico de família foi definido como um profissional da primeira linha, que presta atendimento precoce, de qualidade e resolutivo, de forma integral e contínua ao indivíduo, família e comunidade. Ele se situa em equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local (unidade básica, no caso do Brasil ou equipe básica, caso de Cuba) de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. De igual modo, “Medicina de Família e/ou Saúde de Família” têm a mesmas funções. A saúde de família na Guiné Bissau apresenta uma concepção totalmente diferente, o que e pode constar adiante.

A segunda parte deste trabalho, que é a pesquisa de campo procurou analisar a denominação do programa na Guiné-Bissau, o perfil dos profissionais relacionados direta ou indiretamente com o mesmo, no processo de implementação e da estratégia, a situação dos recursos humanos envolvidos, as atividades realizadas no sistema de saúde e os problemas que dificultaram a continuidade do Programa sejam de caráter técnico ou político.

95 % dos entrevistados tinham percepção de que o Programa foi formulado na

elaboração do PNDS, e sob a denominação oficial de Saúde da Família após discussão com os profissionais e pela decisão da maioria.

Na Guiné Bissau constatou-se um grande debate em torno da denominação da estratégia de reorganização da assistência à saúde. Persiste a resistência quanto à denominação Saúde Reprodutiva introduzida principalmente depois da Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo. Em 2003, ao revisar o PNDS para um segundo quadriênio, pela segunda vez, a substituição da denominação de “Saúde Família” para “Saúde Reprodutiva” foi discutida e não foi aceita pelo coletivo. O estudo constatou que os atores a favor da denominação de Saúde Reprodutiva não diferenciam as duas concepções.

Segundo um dos gestores centrais refere:

“já nem nos preocupamos em chamar agora qual é o nome, o importante é trabalharmos nos conteúdos para vermos que o conceito está a ser implementado...”.

E continuou:

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

Mais qual seria a razão da negação? Ele disse:

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

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

Contudo, o processo de implementação foi inserido na agenda política do governo, através da elaboração e lançamento do PNDS. Neste foi definida a missão do programa, de apoiar o MINSAP na elaboração de políticas e estratégias globais e propor normas, procedimentos, indicadores, suportes de gestão e recursos necessários às atividades operacionais. O estudo confirma a existência destes elementos que instituem uma dada política, muitas vezes, sobre a denominação de Saúde Reprodutiva e aos objetivos não é direcionado à Saúde da Família. Este círculo de discussão em volta da

denominação se observa principalmente á nível central, ao passo que no nível regional observa-se maior familiarização com a denominação do PNDS e os componentes de acordo como foram referidos no documento. Aqui fica, uma pergunta: cabe a quem decidir “Programa Saúde da Família” ou “Saúde Reprodutiva?”

No que concerne a perfil dos profissionais tanto do nível central regional e local entrevistados, estes apresentam larga experiência profissional: em média de 18 anos de carreira e 11 anos de atuação em funções, o quer dizer já exerciam antes da criação do programa Saúde da Família. Os atores entrevistados tanto do Ministério, como os parceiros do organismo internacional e os da coordenação participaram na formação e formulação do PNDS. Os profissionais da coordenação têm formação para as suas funções no Programa.

Segundo o critério, a coordenação do PSF é composto por: um coordenador, um coordenador adjunto, um administrador e quatro elementos das seguintes subprogramas: SMI/PF, PAV, CDD/IRA e Reabilitação Nutricional. E todos estes elementos atuam sob um planeamento conjunto de todas as atividades concernente a PSF, seguindo o objetivo do PSF.

O estudo detectou que nem todos os componentes do programa estavam operando, em parte tendo a dificuldade na recolocação, ou melhor, de substituição de pessoal qualificado. O programa precisa atualmente recolocar duas pessoas em substituição aos responsáveis da reabilitação nutricional e de CDD/IRA. Estas últimas estão sendo asseguradas pela diretora da Nutrição. O que mostra a necessidade de pessoal conforme, o coordenador do programa referiu:

“... falta pessoal para tanto trabalho, para dar resposta às tantas solicitações dos diferentes parceiros intervenientes no programa”.

(Entrevistado, nível central)

Uma outra questão é de a integração do PSF. Este surgiu na Guiné, com a proposição de integração e coordenação do programas verticais, prestação de cuidados de saúde baseados na abordagem integral do individuo e da família e racionalização dos recursos. O grande problema é a integração dos responsáveis dos diversos componentes do programa ao nível central, na própria coordenação. Na primeira etapa de implementação chamada “Etapa de transição”, o componente Programa Alargado de Vacinação (PAV) estava representado na intervenção, mas no momento da pesquisa o mesmo se encontra no Serviço de Higiene Epidemiologia. Será que continuará em outra direção?

Ao nível regional e local, a equipe regional e a equipa técnica conseguem uma programação integrada das atividades de todos subprogramas, mesmo os que não constituem os componentes da Saúde da Família.

A questão de recursos humanos apresenta diversos aspectos tais como: atraso do pagamento de salário, distribuição inadequada dos profissionais, com o excesso num lugar e falta no outro, falta ou insuficiência de profissionais qualificados, a longa permanência dos mesmos nas áreas sanitárias, necessidade de formação e capacitação no trabalho. Tudo isso, são fatores da desmoralização dos profissionais, que indiretamente influenciam na execução das atividades. Isto se constata no seguinte: a região necessita de treze parteiras de curso geral e seis parteiras auxiliares, mas o estudo mostra que não existe nenhuma de curso geral e só uma auxiliar, na região. Nas áreas sanitárias, os centros de saúde urbanos de Bafatá, Bambadinca, Cosse, Contuboeil, continuam sem assistência médica

O estudo mostrou que para região como um todo, mesmo quando há correspondência entre a norma e situação encontrada não significa que as vagas estavam preenchidas. A variação positiva de enfermeiros de curso geral, auxiliar e outros profissionais de saúde, que excede a norma em algumas áreas sanitárias e no hospital regional, estes estão concentrados principalmente, neste último e nos centros, que se situam nas zonas urbanas, pois os profissionais buscam viver em locais com melhores condições sociais.

Muitos dos enfermeiros precisam ser aposentados, pois estão sobre o limite de idade para exercerem as atividades. O Ministério tem pouco controle político sobre alocação dos profissionais. Outro ponto crítico é um técnico de laboratório trabalhar para dois Centros de Saúde, ou seja, cobrindo duas áreas sanitárias.

Outro fato a ressaltar aqui é a ausência da rotatividade dos profissionais que é sentida principalmente pelos níveis regional e local. Alguns estão conformados com a situação, mas muitos estão desmoralizados, principalmente os que se encontram no interior do País. Portanto há necessidade de substituição e preenchimento das vagas dos profissionais. Seria necessário o Ministério rever esta situação.

A infra-estruturas dos Centros de Saúde se encontra em parte bom estado e alguns estão a ser reformados. Quatro Unidades de Saúde de Base encontram-se fechados, pois seus responsáveis desviaram os recursos da venda de medicamentos. Prejudicando assim, a realização das atividades. A direção regional está empenhada na resolução deste problema. Cada unidade forma um fundo para garantir o estoque de medicamentos.

Na questão do foco do estudo sobre a atenção materno-infantil, a verificação das atividades realizadas nas sete áreas sanitárias o estudo mostra que todas estas infraestruturas praticam o chamado pacote mínimo das atividades, mas com uma eficácia negativa.

O estudo indica que a cobertura da consulta pré-natal de primeira vez é de apenas 45 % das gestantes estimadas. O resultado é negativo, dado que não atingiu a meta de 70 %. Uma explicação para o fato é que em todas áreas sanitárias a realização desta atividade se faz por profissionais adaptados, na maioria um enfermeiro auxiliar – sexo masculino – capacitado, para suprir a falta de parteiras nas mesmas.

A fraca frequência implica também o fator dos costumes e comportamento religioso que tem uma influência negativa na procura das gestantes por consultas. O estudo também mostra que existe uma tendência de diminuição das presenças nas consultas nos meses seguintes em relação à primeira consulta, tanto nas grávidas normais, assim como as de alto riscos obstétricos. Também a diminuição, nas vacinações tanto neste grupo alvo, como nas crianças e nas consultas de puericultura. Esta perda estaria relacionada com o seguimento inadequado por parte dos profissionais de saúde, não tendo o mecanismo de verificação da ausência dos utentes, através da chamada ou procura dos mesmos através de uma visita domicilia.

Ao medir os sinais característicos observou-se que, os setes responsáveis das áreas sanitárias demonstraram conhecer menos sinais do que os dezoito agentes de saúde de base e matronas, o que mostra que, os últimos estão mais engajados ou envolvidos no encaminhamento de altos riscos obstétricos

No que se refere à informação do parto observou-se a baixa cobertura de 38 % referente às gestantes que tiveram partos nas suas respectivas instituições de saúde, em relação à primeira consulta. Contudo existe uma positividade, 93 % destes partos são recém nascidos vivos, neste caso pode-se dizer que houve uma eficácia em relação aos partos efetuados.

Observou-se um resultado crítico, quanto à cobertura da 3^a e 5^a. dose da antitetano nas mulheres de idade fértil estimadas e nas grávidas. Estas doses correspondem a dose mínima adotada e dose completa respectivamente. Constatou-se a fraca aderência da população no planeamento familiar, principalmente pela rejeição à modalidade em função das crenças religiosas. Nestas áreas sanitárias predomina a população mulçumana, que é mais radical na aceitação da prática de planeamento familiar.

Com as sucessivas campanhas de vacinações, financiadas por organismos internacionais e algumas ONGs se obteve uma cobertura de BCG de 89 %, a qual está muito próxima da meta que é 90 %. Isto mostra a importância do financiamento nas atividades, acompanhado de mobilização e campanha publicitária. Existe outra preocupação relacionada à discordância dos dados que mostraria uma alternância na cobertura das diferentes doses ao longo do tempo. Esta situação significa a perda das crianças nos calendários apropriados com respectivo aumento de cobertura nas doses seguintes devido à recuperação das mesmas fora da data. O estudo também observou crianças fora do calendário vacinal (1-4 anos) a serem vacinadas. Um reflexo deste fato é a baixa cobertura do sarampo. É de salientar que o calendário da vacinação termina aos nove meses de idades. Estas questões merecem atenção em outros estudos.

A dificuldade de retroinformação tanto nos relatórios de pacientes como dos dados de sistema de informação exigem uma qualificação desse sistema e melhor comunicação entre o nível central do programa e o nível regional.

Os profissionais da região ainda se queixam de que – não só o programa de Saúde de Família como também os outros – fazem as supervisões diretas até o nível local sem uma concertação ou planificação prévia com a região. São recorrentes, os Centros e as Unidades de Saúde de Base receberem estas visitas imprevistas do nível central, o que atrapalha as atividades programadas. Também é preciso reforçar as visitas de supervisão tanto por parte da equipe regional, assim como os enfermeiros responsáveis às áreas sanitárias.

Capítulo VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste trabalho é revelar alguns indícios sobre a questão do Programa Saúde da Família na Guiné-Bissau, utilizando-se como elementos de análise a estratégia, processo de implementação e assistência prestada em saúde materna e infantil na região de Bafatá. Esperamos estar desta forma contribuindo para mobilizar profissionais e estruturas envolvidas no PSF para uma reflexão sobre a situação do programa, ligado a seus elementos como a denominação, concepção, objetivos, componentes, estratégia e processo de implementação, a missão de integração e coordenação sobre a utilização do mesmo como grande potencial na reorganização da atenção básica ao encontro das atividades a realizar.

A reflexão acerca da observância dos princípios básicos do programa é uma tarefa que importa para a sua própria continuidade e crescimento, se desejarmos preservá-lo em sua e relevante para reforma do modelo assistencial na Guiné Bissau.

No país, o Programa de Saúde da Família pode ser visto como uma retomada - no final dos anos 90 - de proposições contidas nas políticas públicas do governo, que estiveram em evidencia, desde 1978, a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que constitui um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta global “Saúde para Todos até no Ano 2000”, tendo como estratégia central a Atenção Primária em Saúde.

Neste domínio, foram criados diversos Programas Nacionais com a base na intervenção da Atenção Primária, na Guiné. Programas esses como: Cuidados Primários de Saúde (CPS), Saúde Materno Infantil (SMI), Programa Luta contra Paludismo/Malária, Programa DST/AIDS, Programa Alargada de vacinação (PAV) entres outros. O primeiro destes programas tinha como propósito, o acesso universal e fez a saúde chegar perto da população através da participação comunitária, introduzindo agentes saúde de base (ASB) nos serviços de saúde e estimulando a população em geral na mobilização e locação dos fundos locais. O segundo tinha a missão de assegurar e coordenar as atividades que visam a promoção da Saúde Materna e Infantil, com acento nos aspectos de normalização, formação e supervisão das atividades. A este mais tarde acrescentou-se o componente do Planejamento Familiar.

Apesar de restrito impacto das ações destes programas, no que concerne á ação vertical, assumam-se funções que se duplicam, principalmente na execução das atividades no nível local tendo como origem, não existência de mecanismo de concertação e de coordenação formais entre os ditos programas. Contudo, no ano 1998

o PNDS considera que eles tiveram continuidade constituindo iniciativas, no âmbito nacional, que se sumariando na criação do Programa Saúde da Família, cujo objetivo é de integração e coordenação de alguns dos programas verticais citados acima, prestar cuidados de saúde numa abordagem integrada do indivíduo e da família.

Atualmente, o programa encontra-se nas suas atribuições ao nível nacional. Como referido este programa surgiu como integrador dos outros, ou seja, na continuidade de outros citados, o quer dizer, no nível local já operava os ditos programas. Realmente observamos que o que aconteceu foi à recomposição das estruturas de gestão do nível central ao começar pela instalação dos responsáveis e técnicos dos programas no mesmo espaço físico, para melhor conhecimento, amadurecimento e assimilação conjunta da estratégia de coordenação e também para fins de elaboração de políticas, normas e programação nacional.

Paralelamente, a esta ação de reestruturação do programa no nível central, ocorria a recomposição da estrutura de gestão no nível regional que passou a se chamar “Equipe regional¹³”, a reorganização do nível local correspondem à definição das áreas sanitárias através da definição territorial e tentativa de reorganizar os recursos humanos e materiais nas respectivas áreas.

Constatou-se neste estudo a definição das áreas sanitárias e o seu mapeamento através de uma população adscrita, que compreende entre 7 000 a 10 000 habitantes. Cada área tem um Centro de Saúde com a definição do profissional mínimo necessário e execução das ações de saúde, (MINSAP, 1998). O responsável da área sanitária é um profissional de mais alto escalão na hierarquia da sua função. Os centros variam de forma, de tipologia conforme sua localização geográfica. O funcionamento dos centros de saúde pode ser precário, especialmente pela falta de profissionais.

Portanto, cada área sanitária com um Centro de Saúde tem suas respectivas Unidades de Saúde de Base. Estas, situadas a um raio de 5 Km das habitações e formam micro-áreas. O número das unidades depende da acessibilidade e o número da população. Nelas atuam os 4 a 6 Agentes de Saúde de Base e 4 Matronas. Estes estão sob controlo do responsável da área e de vez em quando a supervisão conjunta da equipa regional com o responsável da área.

É de enfatizar que as infra-estruturas e profissionais alocados em cada área não formam uma configuração específicas da Saúde da Família, mas é no nível local onde se realiza toda a atividade de atenção primária, ou seja, as atividades dos componentes do Programa Saúde da Família e Grandes Endemias. Essa prática no nível local mostra

¹³ Equipa Regional – ver no capítulo sistema de saúde na Guiné-Bissau.

que é possível através do PSF estruturar uma estratégia na Guiné-Bissau que possibilita a integração dos programas e promove a organização destas atividades em um território definido, a partir do nível central. Essa estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade tal como na experiência do Brasil. Como resultado desta comparação, é de notificar que nos dois países existem características comuns na estratégia de integração para organização das atividades nos territórios definidos, mas a Guiné-Bissau, não compôs equipes específicas nem se dispõe a expandir equipes. Tendo essa característica, o estudo sugere a complementaridade da estratégia, tomando o exemplo do Brasil, especificamente quanto a concepção do Programa e a implantação de unidade de Saúde de Família com base no caráter substitutivo, na integralidade da atenção e hierarquização dos serviços, territorialização e adscrição de clientela além de equipe multiprofissional.

Ao longo deste estudo procurou-se compreender o perfil dos atores importantes na implementação do programa, como os gestores e parceiros do nível central, os da equipe regional, os enfermeiros responsáveis das AS e os agentes comunitários. Perfil esse, associado às opiniões da formação acadêmica, e as funções exercidas com o decorrer do tempo. Isto possibilitou ampliar a abrangência da compreensão do perfil ocupacional, social, categoria e síntese entre ação e a interação e entre o desempenho e a identidade. Com o resultado da análise, do material das entrevistas observou-se que os atores apresentam uma regularidade ou identificação contínua com as categorias ou perfil necessários. Com exceção dos Agentes de Saúde de Base, ainda não se observa um perfil adequada. Apesar deles estarem empenhados e respondem com firmeza, as ações do seu trabalho, mas, não dispõe de instrumentos, de técnicas de profissionais básicos, para corresponder às expectativas propostas no pacote mínimo da atividade.

Apesar da dupla denominação do programa e de coberturas baixas, a análise do processo de implementação aponta um resultado eficaz, dado que se continua com a execução das atividades no nível local e que os atores confirmam o dinamismo na divulgação, mobilização e sensibilização em todos níveis.

Contudo para melhorar as frequências nas consultas pré-natais, vacinações, boa cobertura de partos em relação as grávidas , as consultas de puericultura é necessário criação de um mecanismo de verificação de ausência dos utentes e ao mesmo tempo, a procura do mesmo através da chamada ou visita domiciliar nas respectivas áreas adscritas, conforme o cadastramento dos mesmos. Acompanhada de um reforços nas atividades de mobilizações, sensibilizações através de educação sanitária.

Há também a necessidade de maior engajamento do governo na política de recursos humanos, no que diz respeito à formação, capacitação contínua para fins de qualificação de profissionais. A gerência de formação de recursos humanos é da responsabilidade do Ministério, que deve verificar quais as necessidades do sistema e quais as soluções que o governo através do Ministério deve buscar junto aos órgãos formadores como a Escola Nacional de Medicina.

O Ministério junto com os profissionais de saúde devem debruçar-se na resolução de problema como: regularização dos pagamentos e atualização de salários dos profissionais; distribuição inadequada e substituição de recursos humanos nas diferentes áreas sanitárias; ter em conta a questão de aposentadoria, motivação através de criação de incentivos e outras condições sociais para os servidores. Estes são requisitos para uma boa assistência, com prestação de serviços adequada e também para corrigir a desigualdade de recursos resultando uma boa cobertura nas atividades programadas.

Neste sentido é absolutamente prioritária qualquer necessidade para garantir a qualidade, para garantir os insumos de que necessita os recursos humanos, apesar da difícil circunstância econômica. Tudo isto, segundo ARES, (1999) se entende que para obter um serviço de qualidade é fundamental que os recursos humanos estejam suficientemente qualificados, sejam médicos, enfermeiros, parteiras e os agentes comunitários de saúde.

Coloca-se a importância de garantir condições para que se construa um serviço adequado com sua respectiva assistência. Esta construção deverá incluir a integração e articulação dos vertentes social e comunitária.

O Programa Saúde Família da Guiné funciona na dependência da política exterior. Para a continuidade do programa, o governo deve ampliar seu papel no âmbito dos investimentos em equipamentos, recursos humanos e definição de atividades e não só no salário como funciona no momento. A dependência do financiamento externo para funcionamento do Programa influencia negativamente no cumprimento e programação das atividades e denominação do programa. Um financiamento nacional, através de engajamento do governo na disponibilização de fundos para funcionamento dos programas de saúde e política de recursos humanos é muito importante.

O Ministério da Saúde Pública deve redobrar o esforço na sensibilização de atores políticos, outros setores de colaboração, profissionais de Saúde, enfim a população em geral para explicitação do programa, através de um conjunto de encontros, bem como se dedicar a estudos que avaliem os resultados de sua política ao longo do tempo.

Referências Bibliográficas

- ABATH,G.M.,1985. Medicina Familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*, 19(1).
- ABATH,G.M., 1982. *Médico Geral Comunitário – estratégia de formação*. Residência Médica, 4(1). Comissão Nacional de Residência Médica/Secretaria do ensino Superior/MEC. Brasília - DF.
- AGUIAR, D.S., 1998. *A Saúde da Família no sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?* Dissertação do Mestrado. ESNP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- AGUIAR, J. M. M., 2001. *O Programa Saúde da Família no Brasil. A Resolutividade do PSF no Município de Alto Volta (RJ)*. Dissertação do Mestrado. ESNP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- ALBAGLI, B., 1978. *Papel da Medicina social (preventiva, comunitária, etc.) como disciplina na formação do médico de família*. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica. Londrina.
- ALBIM, R. C., 2003. *Família Saudável: Programa ou Estratégia?* Ed. Cabana, os desafios da Amazônia, Em Questão.
- ALMEIDA, C. M., 1999. *Reforma do Estado e reforma de Sistemas de saúde: experiências internacional e tendências de mudança*. ABRASCO. Ciência e saúde Coletiva 4(2): 263-286.
- ALVES, P. C. & Minayo, M. C. de S., 1994. *“Saúde e Doença: um olhar”* Antropológico – Rio de Janeiro: Fiocruz, 174p.
- ALVES, J. A L., 1994. A conferência do Cairo sobre População Desenvolvimento,.
- ALLEN, J., 1999. *Experiências Internacionais em Saúde da Família*: Reino Unido. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório final. Ministério de Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF.
- ANDRADE, C.M.,1998. *O programa de Saúde da Família no Ceará*. Expressão Gráfica. Editora Ltda. 1ª ed. Fortaleza.
- ARES, F. P., 1999. Experiências Internacionais em Saúde da Família: Cuba. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório final. Ministério de Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF.
- BECKER, H.S., 1997. *Métodos de Pesquisa em Ciências sociais*.3ª Ed. HUCITEC, São Paulo,.

- CABRAL, A; 1974. *A resistência cultural*, Seminário de quadros do partido realizado de 19 a 24 de Novembro de 1969, Lisboa: Ed. CIDAC e serviços de Informação do PAIGC.
- CANESQUI, A M., 2000. *Saúde da Família: Modelos Internacionais e a Estratégia Brasileira*. Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília.
- CARNEIRO, A. P., 1978. *A Medicina de Família*. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Suplemento n. 1, Rio de Janeiro.
- CARVALHO, A. I., 1996. *Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade*. Ciências & Saúde Coletiva.
- CARVALHO, M. C. B., 1999. *Avaliação Participativa – Uma escolha metodológica*. In *Avaliação de Políticas sociais: uma questão em debate*/Elizabeth Melo Rico (org.). 2ª ed. Cortez: Instituto de estudos especiais. S. Paulo.
- CEITLIN, J., 2002. *Qué es La Medicina Familiar?*.
- COHEN, E., FRANCO, R., 1999. *Avaliação de Projetos Sociais*, ed. Vozes.
- CONTANDRIOUPOULOS, A. P.; CAMPAGNE, F.; DENIS, J-L., 1989. A Avaliação na área da Saúde: Conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. - *Avaliação em Saúde: dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas/organizado* por Zulmira M. A. Hartz – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- COSTA NETO, M. M., 2000. Educação Permanente, Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Caderno 1, - *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*, org. _ Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Políticas e Saúde, Departamento de Atenção Básica. p. 44.
- COSTA NETO, M. M., 2000. Educação Permanente, Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Caderno 2, - *Treinamento Introdutório*, org. _ Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica .
- COSTA NETO, M. M., 2000. Educação Permanente, Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Caderno 3, - *A Implantação da Unidade De Saúde da Família*, org. _ Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- DRAIBE, S. M., 2002. *Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas Públicas*.

- DURHAM, E., 1980. “A *Família Operária: consciência e Ideologia*”, revista de Ciências Sociais, vol. 23, n.2, pp.201-13. In, “Esfera de Reprodução em uma Visão”. Masculina.
- DURHAM, E. R., 1984. *Movimentos Sociais a Construção da Cidadania. Novos Estudos* CEBRAP. S. Paulo (10).
- ESCOREL, S., GIOVANELA, L., MENDONÇA, M. H., MAGALHÃES, R., SENNA, M. C. M., 2002. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos, síntese dos principais resultados.* – Brasília Ministério da Saúde.
- FIGUUEREDO, M. F. & FIGUUEREDO, A M. C., 1986 In: ARRETCHE, T. S. “*Tendências no Estudo obre Avaliação*”; in: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em Debate/ Elizabeth Melo Rico (Org.)* – 3 ed. – São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, 2001.
- FRANCO, A. 2000. *Porque Precisamos de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável?* Cadernos da Oficina Social.
- FIOCRUZ, 1986. “*A Mulher Brasileira: Estatísticas de Saúde*” Dados 10, Fiocruz, In: *Esfera Reprodução em Visão Masculina.*
- FRIAS, P. G., LIRA, P. I. C. & HARTZ, Z. M. A., 2003. *Avaliação da Implantação de um Projeto para Redução da Mortalidade Infantil.*, N.P.
- GOMES, J. & AABY, Peter, LARS & SANDSTROM, A.; 1996. *Estudo da Saúde das mulheres em Idade fértil e dos seus filhos, 1990-1995.* Projeto de saúde de Bandim. Bissau: Ministério da Saúde Pública.
- HARTZ, Z. M.A., - *Avaliação de programas projetos de promoção da saúde.*
- HARTZ, Z. M.A., 1997 (Org.). *Avaliação em Saúde: dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas/organizado por Zulmira M. A. Hartz* – Rio de Janeiro: Fiocruz, 132p. il.
- HARTZ, Z. M. A 1999. *Avaliação de Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):341-354.
- HARTZ, Z. M.A., 2000. *Pesquisa em avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento.* *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p.29-35.

- LIMA R. R. e BURGE F., 1998. “*O Menor e o Mercado de Trabalho no Brasil*”: da “*Crise ao Cruzado*”, in. J.P. Chahad e R. Cervini, eds., Crise e Infância no Brasil, São Paulo, Unicef.
- LOPES, C., 1982. *Etnia, estado e relações de poder na Guiné-Bissau*. Lisboa: Ed. 70;Biblioteca de estudos africanos.
- MACHADO, M. H., 2000. *Perfil dos Médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. V I – Brasil e grandes Regiões. Ministério da Saúde, Brasília.
- MACHADO, M. H., 1997. *Os Médicos no Brasil: um relatório da realidade*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- MASCARENHAS, M. T. M., 2003. *Analisando a implementação da atenção Básica em Saúde no Município de Niterói*, Rio de Janeiro: Estudos de caso em Unidade Básicas tradicionais e módulos do Médico de Família. Tese do Doutorado. ESNP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- MASCARENHAS, M. T. M. & ALMEIDA, C., 2001. *O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão*.
- MATOS e LEMOS, M., 1996. *Os Portugueses na Guiné: apontamentos para uma síntese*. Vol. II Guiné-Bissau: evolução socioeconômica 1990-1994, Bissau-Lisboa: Ed. Crédito Predial Português, out. 1995/abr.Coleção.
- MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B., 1996 – *Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS*. Divulgação em Saúde em Debate; (21):15-18.
- MENDES, E. V., 1985. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte, PUCMINAS/FINEP.
- MENDES, E. V., 1995^a. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. In MENDES, E. V. (Organizador) - Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed Hucitec, 3^a ed.
- MENDES, E. V. 1995b. *O processo social da distritalização da saúde*. In: MENDES E. V. (Organizador) - Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 3ed.

- MENDES, E.V., 2002^a. *O sistema de serviços de saúde: o que os gestores da saúde deveriam saber sobre este sistema social complexo*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, , no prelo.
- MENDES, E.V., 2002b. *A atenção básica à saúde na Bahia*. Salvador Banco Mundial.
- MENDES, E.V., 1997. *A saúde no Alto Rio Grande*. Belo Horizonte, mimeo.,.
- MENDES, E.V., 2001^a. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, Casa da Qualidade Tomo.
- MENDES, E.V., 2001b. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, Casa da Qualidade Tomo I.
- MENDES, E.V., 1999. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2^a ed.
- MINAYAO, M. C. S., *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa e Saúde*, Ed. HUCITEC.
- MINSAP (Ministério da Saúde Pública), 1996. Relatório anual da análises estatístico das informações de Saúde Materno Infantil da Guiné-Bissau. Direção de Higiene e Epidemiologia. FNUAP, GBS/94/PO1- SMI/PF Ministério de Saúde Pública.
- MINSAP (Ministério de Saúde da Saúde Pública), 1998. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário*, Guiné Bissau.
- MINSAP (Ministério da Saúde Pública), 2000. *Política Nacional de Saúde*, Guiné Bissau.
- MINSAP (Ministério de Saúde da Saúde Pública), 2000. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário”.Revista OMS/PNUD (Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento.
- MINSAP (Ministério de Saúde da Saúde Pública) 2003. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário*, Guiné Bissau.
- MS (Ministério da Saúde), 1994. *Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família*. Fundação Nacional da Saúde.
- MPCCI (Ministério de Plano e Cooperação Internacional), 1997. Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INEP). Contas Nacionais,1996. Bissau: Ministério do Plano e Cooperação Internacional; Secretaria de Estado do Plano, Junho/1997.(Guiné Bissau).

- MS (Ministério de Saúde), 1999. Relatório final. Experiências Internacionais em Saúde da Família: In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF.
- MS (Ministério da Saúde), *Saúde da Família: “Uma Estratégia de organização dos serviços de saúde”*. Brasília.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, 2ª edição.
- MS (Ministério de Saúde), 2000. *Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília.
- MS (Ministério de Saúde), 2001. Manual para Organizações Comunitárias: Planejar, acompanhar e avaliar, n. 41, Brasília.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata (1978). Cartas de Ottwa (1992), de Jakarta (1997), do México (2000). Rede dos Mega países*. Brasília: Ministério da Saúde/PNUD.
- MS (Ministério da Saúde), 2002. *Saúde da Família - Revista Brasileira de Ano II n.6*.
- MULLER, J., (1999) - *Experiências Internacionais em Saúde da Família: Estados Unidos*. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório final. Ministério de Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF.
- PAIM, J.S., 1995b. *Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política*. Revista Brasileira de educação Médica. Rio de Janeiro.
- PAIM, J.S.,1999. *Políticas de Descentralização e Atenção Básica à Saúde*. In Epidemiologia e Saúde/ ROUQUAYROL, Maria Zélia ALMEIDA, Naomar filho - 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDS.
- PRESSMAN, L. e WILDAVSKY, A., 2001. *Implementation: Berkeley, University of Califórnia Press, 1984*. In: Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em Debate/ Elizabeth Melo Rico (Org.) – 3 ed. – São Paulo: Instituto de Estudos Especiais.
- RICO, E. M.,(Org.), 1998. *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. S. Paulo: Ed. Cortez: Instituto de Estudos Especiais.

- SALAFSKY, B., 1998. *Experiências Internacionais em Saúde da Família*: Estados Unidos. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório final. Ministério de Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF.
- SEGALEN, V., 2000. *A Integração do Paciente dependente na Família*; In. Fernanda de Mendonça Capelo: Um estudo de caso num Centro de Saúde da área da Grande Lisboa, Ago. (1999:20).
- SILVA J. A. & Damaso A. S. Whitaker, 2002 - *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro, março 2002. 240p.
- SOUSA, H. M., (1999) - *Experiências Internacionais em Saúde da Família*: Estados Unidos. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório final. Ministério de Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF, 1999.
- SOUSA, M. F., 2000. *Gestão da Atenção Bica: redefinido contexto e possibilidade* Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, n. 21.
- STARFIELD, B., 2002. *Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* / Bárbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- TRAD, L. A B, Bastos, SOUSA, A C. - Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2) 429-4354, Abril-Junho “*O Impacto Sócio- Cultural do Programa de Saúde da Família (PSF) uma aposta de avaliação*”.
- TOBAR, Frederico & Yalouy M. R., 2001. “*Como fazer tese em saúde pública*”: *conselhos e idéias para formular projetos redigir teses e informes de pesquisas*: rio de Janeiro: Fiocruz. 172p.
- VASCONCELOS, E. M., 1987.– *A Medicina e o Pobre*. Ed. Paulinas.
- VASCONCELOS, E. M., 2002. *Educação popular e a atenção a saúde da família*.
- VIANA, A L. A, POZ, M. R. *o Programa de Saúde da Família como estratégia reforma do sistema de saúde no Brasil*:
www.idrc.ca/lacro/foro/semmario/darpoz_rp.num.
- VUORI, H., 1984. *Primary care in Europe: problems and solutions. Community Medicine*, 6:221-231.
- www.famed.ufrgs.br/departamentos/soc/mfc/links.htm
planeta.terra.com.Br/saúde/PSF/histórico.doc.

- www.bireme.br/bsv/adorec/p/textocompleto/adorescente/capito/capo2/num
Escolha de Indicadores.
- www.Unifam.com.br
- [www – Famed.ufrgs.br/especial/saúde pública portuguesa.cri.com.cn/Portugal/2001](http://www.Famed.ufrgs.br/especial/saude_publica_portuguesa.cri.com.cn/Portugal/2001).
– O Que é a Medicina Familiar?
- WAGNER, H. L. – *Histórico da Medicina de Família*.
- YIN, 1984, In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, (Org.) - *Avaliação em Saúde: dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas/organizado por Zulmira M. A. Hartz* – Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. il.

ANEXOS

ANEXO 1



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa de ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr, (a)

Você está sendo convidado para participar na Pesquisa “ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA GUINÉ”, através da aplicação de um instrumento - entrevista referente ao programa. Esta pesquisa é parte do trabalho de Mestrado de Marilene Menezes D’Alva na Escola Nacional Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Este instrumento não pretende avaliar o seu trabalho pessoal, mas recolher sua experiência à frente do processo de implementação do programa, que ajudará a elaboração do trabalho referido acima. Os dados serão utilizados numa análise de conjunto da experiência de implementação do PSF.

O preenchimento deste questionário não é obrigatório, embora suas respostas pessoais sejam extremamente importantes para o desenvolvimento do estudo e será uma contribuição à Saúde Pública no país. Contudo deixo claro que sua contribuição será identificada por futuros leitores, tornando-se necessário seu consentimento. Caso aceite o convite pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas.

Agradeço de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Como membro de uma equipe do Programa de Saúde da Família, sei que o tempo é capital precioso para nós. Estarei em alguns meses remetendo-lhe os resultados desta análise, que espero, será útil para sua equipe e comunidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora e orientadora da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Marilene Menezes D’alva

Guiné, / /2004

Estando esclarecido e de acordo com os objetivos da pesquisa, declaro meu consentimento em contribuir para o estudo e permito a utilização das informações prestadas.

Orientadora: Maria Helena Mendonça

Email: mhelenam@ensp.fiocruz.br

Telef. Serviço: (21) 25982715 - Rio de Janeiro

Pesquisadora: Marilene Gomes Menezes D' Alva

Email: yamireth@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21) 81316368 - Rio de Janeiro

Telef. Guiné - Bissau: (245) 411491

ANEXOS 2

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

Roteiro gestores do Ministério de Saúde

I - Identificação do diretor

1. Nome do entrevistado
2. Idade
3. Formação básica (graduação)
4. Há quanto tempo é formado?
5. Realizou algum curso de pós-graduação lato senso ou strito senso¹⁴? Especificar área e em que ano terminou?
6. A partir de que data permanece como o Diretor?
7. Quais as funções já exercidas no nível de Saúde Pública? Tempo de permanência em cada uma delas.
8. Qual foi a razão da escolha pelo trabalho nessa direção e permanência na mesma?
9. Houve seleção para a função? Em caso positivo, qual foi o instrumento de seleção?
10. Qual o vínculo empregatício? Esclarecer a modalidade de contratação.

II - História de implementação do programa

11. No País existe Programa Saúde da Família?
12. Na sua opinião o que motivou o Ministério a implementar a Saúde da Família na Guiné? Porquê que o denominaram PSF?
13. Quando o programa foi formulado e implementado?
14. Acha que o programa foi inserido na agenda política do governo, e que condições foram criadas para sua implementação?
15. Como é definido oficialmente o Programa Saúde da Família, quais foram os componentes estabelecidos?
16. Existem equipes de Saúde da Família? Qual é a composição profissional da equipe? Essa composição é igual em todas as regiões? Em caso negativo, detalhe.
17. A equipe recebe formação específica com enfoque na Saúde da Família?
18. Existe algum curso de especialização em Saúde da Família para profissionais do nível superior?
19. Houve um processo programado de capacitação dos profissionais nas regiões sanitária para atuar no PSF?
20. Concorda com a definição e os componentes oficiais? Em caso negativo, qual sua proposição.
21. Houve mobilização dos parceiros internacionais para a formulação e implementação?
22. Quais os atores mais importantes para a implementação do programa. Identifique grupos a favor e/ou contra a implementação, sua argumentação e pontos de consenso.

¹⁴ Lato Senso – Especialização; Strito Senso – Mestrado e Doutorado

23. Houve mobilização nacional para implementação? Como ela se deu (houve seminário nacional, regional com entidades políticas, representativas e com a população).
24. Houve sensibilização dos políticos, gestores e profissionais de saúde a nível nacional e regional? Especificar atividades desencadeadas.
25. Qual a dimensão da implementação do programa no País? Em que regiões está implementado, existe um acompanhamento deste processo?
26. Foram apresentados as diretrizes e os componentes da intervenção? Quais as diretrizes?
27. Houve uma regulamentação central para implementação do programa? Qual a flexibilidade permitida ao nível local a partir das normas propostas? Aponte instrumentos da regulamentação.
28. Quais são as articulações intersetoriais? Especificar parcerias.
29. O nível central desenvolveu processo de diagnóstico da situação de saúde nacional e regional preliminares ou análise do funcionamento de estruturas? Especificar.
30. Este processo foi feito de forma descentralizada? Quais os instrumentos para a descentralização?
31. Que instituições e parceiros se envolveram no processo de implementação?
32. Você considera que o funcionamento do PSF no sistema de saúde tem sido substitutivo ou paralelo ao mesmo?
33. Que mecanismo de planejamento da programação das atividades possibilita a divisão de responsabilidade entre os níveis do governo (central, regional e local) quanto à execução do Programa Saúde da Família?
34. Há integração entre a rede da atenção básica e a rede hospitalar? Como está funcionando o sistema de referência e contra-referência?

35. A implementação do PSF mudou a relação entre a atenção básica e a assistência hospitalar?

36. Há hoje maior articulação entre os sub-programas que constituem o PSF? Explique.

III - Principais problemas que a coordenação enfrenta

37. Em relação à continuidade do programa, quais as questões que merecem maior atenção técnica e política?

38. Quais os pontos negativos e positivos do programa?

ANEXO 3

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Roteiro de entrevista

Coordenação do Programa Saúde da Família

I - Identificação de coordenador

1. Nome do entrevistado
2. Idade
3. Formação básica (graduação)
4. Há quanto tempo é formado?
5. Realizou algum curso de pós-graduação lato senso ou strito senso¹⁵? Especificar área e em que ano terminou?
6. A partir de que data permanece na coordenação do programa?
7. Quais as funções já exercidas no programa? Tempo de permanência em cada uma delas.
8. Qual foi a razão da escolha pelo trabalho no programa e permanência no mesmo?
9. Houve seleção para a função? Em caso positivo, qual foi o instrumento de seleção?
10. Qual o vínculo empregatício? Esclarecer a modalidade de contratação.

¹⁵ Lato senso – curso de especialização; strito senso – Mestrado, Doutorado

II - História de implementação do programa

11. Na sua opinião o que motivou o Ministério a implementar a saúde da família na Guiné? Porquê que o denominaram PSF?
12. Quando o programa foi formulado e implementado?
13. Acha que o programa foi inserido na agenda política do governo, e que condições foram criadas para sua implementação?
14. Houve mobilização dos parceiros internacionais para a formulação e implementação?
15. Quais os atores mais importantes para a implementação do programa. Identifique grupos a favor e/ou contra a implementação, sua argumentação e pontos de consenso.
16. Houve mobilização nacional para implementação? Como ela se deu (houve seminário nacional, regional com entidades políticas, representativas e com a população)?
17. Houve sensibilização dos políticos, gestores e profissionais de saúde a nível nacional e regional? Especificar atividades desencadeadas.
18. Como é definido oficialmente o Programa Saúde da Família, quais foram os componentes estabelecidos? Concorda com a definição e os componentes oficiais? Em caso negativo, qual sua proposição.
19. Existem equipes de Saúde da Família? Qual é a composição profissional da equipe? Em caso negativo, detalhe.
20. A equipe recebe formação específica com enfoque na Saúde da Família?
21. Existe algum curso de especialização em Saúde da Família para profissionais do nível superior?

22. Houve um processo programado de capacitação dos profissionais nas regiões sanitária para atuar no PSF?
23. Qual a dimensão da implementação do programa no País? Em que regiões está implementado, existe um acompanhamento deste processo?
24. Foram apresentados as diretrizes e os componentes da intervenção? Quais as diretrizes?
25. Houve uma regulamentação central para implementação do programa? Qual a flexibilidade permitida ao nível local a partir das normas propostas? Aponte instrumentos da regulamentação.
26. Quais são as articulações intersetoriais? Especificar parcerias.
27. O nível central desenvolveu processo de diagnóstico da situação de saúde nacional e regional preliminares ou análise do funcionamento de estruturas?
28. Este processo foi feito de forma descentralizada? Quais os instrumentos para a descentralização?
29. Que instituições e parceiros se envolveram no processo de implementação?
30. Você considera que o funcionamento do PSF no sistema de saúde tem sido substitutivo ou paralelo ao mesmo?
31. Que mecanismo de planejamento da programação das atividades possibilita a divisão de responsabilidade entre os níveis do governo (central, regional e local) quanto à execução do Programa Saúde da Família?
32. Há integração entre a rede da atenção básica e a rede hospitalar? Como está funcionamento o sistema de referência e contra-referência?
33. A implementação do PSF mudou a relação entre a atenção básica e a assistência hospitalar?

34. Há hoje maior articulação entre os sub-programas que constituem o PSF? Explique.

III - Principais problemas que a coordenação enfrenta

35. Em relação à continuidade do programa, quais as questões que merecem maior atenção técnica e política?

36. Quais os pontos negativos e positivos do programa?

ANEXO 4

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Roteiro de entrevista

Direção Regional Saúde de Bafatá

I - Identificação da direção regional

1. Nome do entrevistado
2. Idade
3. Formação
4. Há quanto tempo é formado?
5. Realizou algum curso de pós-graduação lato senso ou strito senso? Especificar área e em que ano terminou?
6. A partir de que data permanece na região?
7. Quais as funções já exercidas na região? Tempo de permanência em cada uma delas.
8. Qual foi a razão da escolha pelo trabalho na região e permanência no mesmo?
9. Houve seleção para a função? Em caso positivo, qual foi o instrumento de seleção?
10. Qual o vínculo empregatício? Esclarecer a modalidade de contratação.

II. História de implementação do programa

11. População coberta por esta região/2002. Grupo alvo: mulheres da idade fértil, gestantes previstas, crianças menores de ano e menores de 5 anos.
12. A área de atuação da Unidade Saúde de Base e Centro de Saúde está territorialmente definida?
13. O Cadastramento/registo familiar foi realizado? Como o cadastro é utilizado na programação das atividades.
14. Na sua opinião o que motivou o Ministério a implementar o programa na Guiné? Porquê que denominaram-no PSF.
15. Quando o programa foi formulado e implementado?
16. Acha que o programa foi inserido na agenda político do governo e que condições foram criadas para sua implementação?
17. Houve mobilização dos parceiros internacionais para a formulação e implementação?
18. Quais os atores que foram importantes na implementação do programa. Identifique grupo a favor e/ou contra a implementação sua argumentação e pontos de consenso.
19. Houve mobilização nacional para implementação? Como ela se deu (houve seminário nacional, regional, entidades políticas e com a população)?
20. Houve sensibilização dos políticos, gestores e profissionais de saúde a nível nacional e regional? Especificar atividades desencadeadas.
21. Como é definido oficialmente o Programa Saúde da Família, quais foram os componentes estabelecidos? Concorda com a definição e os componentes oficiais? Em caso negativo, qual sua proposição.

22. Existem equipes de Saúde da Família? Qual é a composição profissional da equipe? Essa composição é igual em todas as regiões? Em caso negativo, detalhe.
23. A equipe recebe formação específica com enfoque na Saúde da Família?
24. Existe algum curso de especialização em Saúde da Família para profissionais do nível médio e superior? Especificar.
25. Houve um processo programado de capacitação dos profissionais nas regiões sanitária para atuar no PSF?
26. O programa foi implementado na sua região? Caso sim, quais foram os passos para sua implementação. Caso não explica as razões de não a sua implementação.
27. Existiam cuidados primários de saúde antes da implementação do programa?
28. Foi apresentado as diretrizes e os componentes da intervenção? Quais as diretrizes?
29. Houve uma regulamentação central para implementação do programa? Qual a flexibilidade permitida ao nível local a partir das normas propostas? Aponte instrumentos da regulamentação.
30. Quais são as articulações intersetoriais. Especificar as parecerias.
31. Foi desenvolvida, diagnóstico preliminar sobre a situação de saúde, a condição estrutural de funcionamento das unidades, centros de saúde ou instituições envolvidos com prestação de dados relevantes? Se sim, foi realizada mobilização para divulgação dos resultados? Em que nível: local regional ou central?
32. Quais as instituições e parceiros que participaram na mobilização para divulgação dos resultados?

33. Qual seria o mecanismo de articulação/integração do PSF, no sistema de saúde. Você considera que o funcionamento do PSF no sistema de saúde tem sido substitutivo ou paralelo ao mesmo?
34. Existe norma programática do Programa? Apresentar o documento. A região segue esta norma?
35. Existem planos de supervisões e avaliação? Apresentar o documento.
36. Qual o mecanismo de relação do funcionamento do programa com o nível regional? E como as atividades são programadas (central/regional).
37. Como se dá a relação entre a atenção básica e a rede hospitalar? No sentido de referência e contra-referência.
38. Como organizam a planificação das atividades do programa a nível regional.

III - Principais problemas que a região enfrenta

39. Em relação à continuidade do programa Saúde da Família, quais as questões que merecem maior atenção técnica e política?
40. Quais os pontos negativos e positivos do programa?

ANEXO 5

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

Roteiro de entrevista com enfermeiros responsáveis das áreas sanitárias da Região de Bafatá

I - Identificação da coordenação regional

1. Nome do entrevistado
2. Idade
3. Formação
4. Há quanto tempo é formado?
5. Realizou algum curso de pós-graduação lato senso ou strito senso? Especificar área e em que ano terminou?
6. A partir de que data permanece na região?
7. Quais as funções já exercidas na região? Tempo de permanência em cada uma delas.
8. Qual foi a razão da escolha pelo trabalho na região e permanência no mesmo?
9. Houve seleção para a função? Em caso positivo, qual foi o instrumento de seleção?
10. Qual o vínculo empregatício? Esclarecer a modalidade de contratação.

II - História de implementação do programa

11. Qual a população coberta por esta região/2002. E por Grupo alvo: mulheres da idade fértil, gestantes previstas, crianças menores de ano e menores de 5 anos. Qual a taxa de crescimento da população coberta desde a implantação do programa saúde da Família?
12. A área de atuação da Unidade Saúde de Base e Centro de Saúde está territorialmente definida?
13. O Cadastramento/registo familiar foi realizado? Como o cadastro é utilizado na programação das atividades?
14. Existe Programa Saúde Família na Guiné?
15. Na sua opinião o que motivou o Ministério a implementar o programa na Guiné? Porquê que denominaram-no PSF.
16. Houve mobilização dos parceiros internacionais para a formulação e implementação?
17. Quais os atores que foram importantes na implementação do programa. Identifique grupo a favor e/ou contra a implementação sua argumentação e pontos de consenso.
18. Houve mobilização nacional para implementação? Como ela se deu (houve seminário nacional, regional, entidades políticas e com a população)?
19. Houve sensibilização dos políticos, gestores e profissionais de saúde a nível nacional e regional? Especificar atividades desencadeadas.
20. Quando o programa foi formulado e implementado?
21. Acha que o programa foi inserido na agenda político do governo, e que condições foram criadas para sua implementação?

22. Como é definido oficialmente o Programa Saúde da Família, quais foram os componentes estabelecidos? Concorda com a definição e os componentes oficiais? Em caso negativo, qual sua proposição.
23. Existem equipes de Saúde da Família? Qual é a composição profissional da equipe? Essa composição é igual em todas as regiões? Em caso negativo, detalhe.
24. A equipe recebe formação específica com enfoque na Saúde da Família?
25. Existe algum curso de especialização em Saúde da Família para profissionais do nível médio e superior? Especificar.
26. Houve um processo programado de capacitação dos profissionais nas regiões sanitária para atuar no PSF?
27. O programa foi implementado na sua região? Caso sim, quais foram os passos para sua implementação. Caso não explica as razões de não a sua implementação.
28. Existiam cuidados primários de saúde antes da implementação do programa?
29. Foi apresentado as diretrizes e os componentes da intervenção? Quais as diretrizes?
30. Houve uma regulamentação central para implementação do programa? Qual a flexibilidade permitida ao nível local a partir das normas propostas? Aponte instrumentos da regulamentação.
31. Quais são as articulações intersetoriais. Especificar as parcerias.
32. Foi desenvolvida, diagnóstico preliminar sobre a situação de saúde, a condição estrutural de funcionamento das unidades, centros de saúde ou instituições envolvidos com prestação de dados relevantes? Se sim, foi realizada mobilização para divulgação dos resultados? Em que nível: local regional ou

central?

33. Quais as instituições e parceiros que participaram na mobilização para divulgação dos resultados?
34. Qual seria o mecanismo de articulação/integração do PSF, no sistema de saúde. Você considera que o funcionamento do PSF no sistema de saúde tem sido substitutivo ou paralelo ao mesmo?
35. Existe norma programática do Programa? Apresentar o documento. A região segue esta norma?
36. Existem planos de supervisões e avaliação? Apresentar o documento.
37. Qual o mecanismo de relação do funcionamento do programa com o nível regional? E como as atividades são programadas (central/regional).
38. Como se dá a relação entre a atenção básica e a rede hospitalar? No sentido de referência e contra-referência.
39. Como se organizam a planificação das atividades do programa a nível regional.
40. Como se organiza a planificação das atividades na sua região sanitária.

III. Atividades realizadas pelo centro de Saúde

41. Atenção materna

- a) Consulta pré-natal por enfermeira parteira – sim () Não ()
- b) Consulta pré-natal por médico – sim () Não ()
- c) vacinação com Toxóide Tetânico – sim () Não ()
- d) utilização do Cartão de Gestante – sim () Não ()
- e) utilização do sulfato ferroso/ gratuito – sim () Não ()
- f) Quais os sinais característicos para detectar as gestantes de Alto Risco Obstétrico?
- g) Como é definida a assistência destinada a esse grupo?

- h) Os enfermeiros costumam ajudar as matronas e agentes de saúde de base nas consultas pré-natal? – sim () não ()
- i) Os enfermeiros realizam algum procedimento de avaliação nutricional das gestantes? – sim () Não ()

42. Assistência a puérpera

- a) Consulta de enfermagem – sim () Não ()
- b) Quais as recomendações habituais às puerperais?
- c) Há mecanismo de Referência para Puérpera com complicações? Sim () não () Para onde?
- d) Em caso negativo, explicar razão.

43. Planejamento Familiar

- a) Existência do método e aconselhamento – sim () não ()
- b) Distribuição de preservativos – sim () não ()
- c) Quais os métodos utilizados?

44. Atenção à criança

- a) Consulta de enfermagem – sim () Não ()
- b) Imunização -- sim () Não ()
- c) Utilização do cartão da criança – sim () Não ()
- d) Seguimento de crescimento/frequência -- sim () Não ()
- e) Controle das doenças diarreicas / diagnóstico e tratamento.(CDD). – sim () Não ()
- f) Informação educação e comunicação sobre a prevenção e tratamento do CDD/infecções respiratórias agudas. – sim () Não ()

45. A Centro de saúde desenvolve alguma atividade de vigilância sanitária (controle serviços, medicamentos e qualidade de alimentos). Se sim especifique:

46. A Centro de saúde desenvolve alguma atividade relacionada com saneamento básico (controle de qualidade de água, limpeza ao redor das casas...) se sim especificar:

47. Os elementos do Centro recebem treinamento para preenchimento de livros e fichas de sistema de informação?
48. Como são remetidos os dados coletados/se são remetidos quais as contra referencias de sistemas de informação?
49. Os dados coletados são analisados no local pelos os elementos das unidades e realizam uma ação em função das análises? Se sim especifique a ação realizada.
50. Como se realiza a consolidação mensal dos dados coletados:
- a) Não se realiza a consolidação dos dados – sim () não ()
 - b) Um elemento dos agentes comunitários consolida sozinho – sim () não ()
 - c) toda a elementos da unidade se reúnem para consolidação dos dados em conjunto – sim () não ()
 - d) outra, especifique.
51. Pelos menos um elemento ou responsável do Centro de saúde discute os dados coletado fora da equipe? (com pessoa que não faz parte da unidade).
52. Em caso positivo na questão anterior, identifique os participantes da discussão:
- a) População (grupos comunitários, lideranças comunitárias, grupos de moradores, qualquer outro grupo).
 - b) Comitê de gestão
 - c) Profissionais de outra instituição
 - d) Outro, especifique
53. Como a unidade faz encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado?
- a) Orienta verbalmente o paciente onde procurar atendimento
 - b) Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para o atendimento).
 - c) Encaminha o paciente com relatório completo do caso
 - d) Outra forma especifique

54. Houve casos em que algum gestante precisasse de atendimento de internamento? Como se faz o encaminhamento?
- a) Orienta verbalmente o paciente onde procurar atendimento?
 - b) Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para o atendimento)?
 - c) Encaminha o paciente com relatório completo do caso?
 - d) Outra forma especifique
55. Dos pacientes que a unidade encaminha que informações são recebidas como Contra referencia do atendimento?
- a) Não recebe nenhuma informação do serviço referido.
 - b) Informações relatadas verbalmente pelo paciente.
 - c) Recebe relatório escrito do atendimento e das providencias tomadas.
 - d) Outra forma especificar
56. A Unidade realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
- a) Na Unidade não se reúne.
 - b) Na unidade se reúne mensalmente.
 - c) Na unidade se reúne quinzenalmente.
 - d) Na unidade se reúne semanalmente
57. O que orienta a programação das ações desenvolvidas pela Unidade?
- a) Dados do sistema de informação de saúde (SIS).
 - b) Orientações do centro de saúde ou equipa regional.
 - c) Os membros do local a partir da realidade local observada.
 - d) Dados de outros sistemas de informação.
 - e) Outro, especificar
58. As atividades e os agentes comunitários e matronas da unidade são supervisionadas?
59. Em caso sim, quem os supervisionam?
- a) Só o enfermeiro responsável da área sanitária.
 - b) O responsável de Saúde família.
 - c) A equipa regional.

- d) Todos os elementos juntos
 - e) Não é supervisionada
60. Assinale a situação mais freqüente
- a) Há programação prévia da supervisão das atividades dos agentes comunitários de saúde e matronas
 - b) São supervisionados apenas nos seguintes casos: treinamento em serviço, suspeita de irregularidade no trabalho, ocorrência de situações de alto risco à saúde da comunidade.
 - c) O trabalho é acompanhado apenas através do registro dos dados do sistema de informação
61. Nos últimos 12 meses quantas vezes os agentes e matronas receberam visita de supervisão da equipa regional? Número de visitas de supervisão com à equipa regional.
62. Nos últimos 12 meses quantas vezes, os agentes (pelo menos um dos seus membros) ou matronas participaram na reunião com equipa regional? Número de reuniões com a equipa regional
63. Quais seriam as principais dificuldades encontradas para desenvolvimento das atividades?
- a) Interferência política
 - b) Falta de meios de transporte para deslocamento dos elementos
 - c) Outros. Especifique.
64. No Centro os elementos participam nas atividades voltadas para a solução de problemas relacionados com educação, moradia, agricultura, geração de fundos. Se sim especifique. Uns dos enfermeiros é membros do comitê da tabanca?
- a) Não
 - b) Participe regularmente nas reuniões, mas não é membro do comitê.

Recursos disponíveis nos Centros de Saúde para atendimento da população:

65. Equipamentos e materiais

Sala de consulta de ginecologia/obstetrícia – sim () não ()

Marquesa ou cama de observação – sim () não ()

Mesa/cadeira – sim () não ()

Estetoscópio obstétrico/estetoscópio pinard – sim () não ()

Balança do adulto – sim () não ()

Fita métrica – sim () não ()

Sala de parto – sim () não ()

Marquesa de parto – sim () não ()

Balança de recém nascido – sim () não ()

Caixa do material do parto – sim () não ()

Estufa para esterilização – sim () não ()

Fogão – sim () não ()

Lanterna – sim () não ()

Outros materiais / especifique.

66. Situação de abastecimento de materiais/insumos relacionados. Realizou-se estoque nos últimos três meses:

Material de curativo/penso e outros/especificar. -- sim () Não ()

Material educativo para à população/cartazes -- sim () Não ()

Formulários e fichas de atendimento – sim () não ()

livros de registro – sim () não ()

fichas estatísticas cartões – sim () não ()

67. Materiais/equipamentos disponíveis nos centro de Saúde para as sessões educativas.

Cartaz e folhetos – sim () não ()

Álbum seriado – sim () não ()

Outros

68. Qual a disponibilidade de referencia na rede do sistema de saúde para realização dos seguintes exames de apoio diagnóstico.

Hemograma completo – sim () não ()

Gota espessa – sim () não ()

Urina – sim () não ()

Glicemia – sim () não ()

VDRL – sim () não ()

Fezes – sim () não ()

Ultra-sonografia / ecografia obstétrica – sim () não ()

Outros

69. Qual é a frequência da referencia.

70. Qual a disponibilidade (no último mês) de medicamentos essenciais para a população na Unidade Saúde de Base:

a) Sulfato ferro – sim () não ()

b) Cloroquina – sim () não ()

c) Vitamina A – sim () não ()

d) Contraceptivos/especificar – sim () não ()

e) Antimicótico – sim () não ()

IV. Principais problemas que a região enfrentam

a) Em relação à continuidade do programa, quais as questões que merecem maior atenção técnica e política?

b) Quais os pontos negativos e positivos do programa.

ANEXO 6

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

Roteiro com os agentes de saúde de base/matronas (agentes comunitário)

I. Identificação dos agentes comunitários

1. Nome do entrevistado
2. Idade
3. Formação/nível de escolaridade
4. Tempo de formado
5. Porque escolheu trabalhar como agente comunitário o que o faz permanecer?
6. Houve seleção para a função? Em caso positivo, qual foi o instrumento de seleção?
7. Qual o vínculo empregatício? Esclarecer a modalidade de contratação.
8. Tempo na área sanitária
9. Recebeu algum treinamento/capacitação específico para exercício da função?

II. História de implementação do programa

10. A área de atuação da Unidade Saúde de Base está territorialmente definida?
11. População coberta por esta área /2002.
12. Quais os principais grupos alvos?

13. O Cadastramento/registro familiar foi realizado? Como o cadastro é utilizado na programação das atividades.
14. Existe Programa Saúde da Família na Guiné?
15. Existem planos de supervisões e avaliação?
16. Qual o mecanismo de relação do funcionamento do programa com o nível regional? E como as atividades são programadas.
17. Como se dá a relação entre a atenção básica e a rede hospitalar? No sentido de referência e contra-referência.
18. Como organizam a planificação das atividades na área ou no nível local.

III. Atividades realizadas pela Unidade Saúde de Base

19. Atenção materna

- a) Consulta pré-natal por enfermeira parteira – sim () não ()
- b) Consulta pré-natal por matronas – sim () não ()
- c) vacinação com Toxóide Tetânico – sim () não ()
- d) utilização do Cartão de Gestante – sim () não ()
- e) utilização do sulfato ferroso – sim () não (); gratuito – sim () não ()
- f) Quais os sinais característicos para detectar as gestantes de Altos Riscos Obstétricos? Mencioná-las:
- g) E o que são feitos com elas?
- h) As agentes de saúde de base costumam ajudar as matronas consultas pré-natais?
- i) Os ASB/Matronas realizam algum procedimento de avaliação nutricional das gestantes? Sim () não ()

20. Assistência a puérpera

- a) Consulta de enfermagem – sim () não ()
- b) Quais as recomendações habituais as puérperas?
- c) Há mecanismo de Referência para Puérpera com complicações?
Para onde? Em caso negativo, explicar razão.

21. Planejamento Familiar

- a) Existência do método e aconselhamento – sim () não ()
- b) Distribuição de preservativos – sim () não ()
- c) Quais os métodos utilizados?

22. Atenção à criança

- a) Consulta de enfermagem – sim () não ()
- b) Imunização – sim () não ()
- c) Utilização do cartão da criança – sim () não ()
- d) Seguimento de crescimento/frequência – sim () não ()
- e) Controle das doenças diarréicas / diagnóstico e tratamento (CDD) – sim () não ()
- f) Informação educação e comunicação sobre a prevenção e tratamento do CDD/infecções respiratórias agudas – sim () não ()

23. A Unidade de Saúde desenvolve alguma atividade de vigilância sanitária (controle serviços, medicamentos e qualidade de alimentos). Se sim especifique:

24. A Unidade de Saúde desenvolve alguma atividade relacionada com saneamento básico (controle de qualidade de água, limpeza ao redor das casas...) se sim especificar:

25. Os elementos das unidades recebem treinamento para preenchimento de livros e fichas de sistema de informação?

26. Como são remetidos os dados coletados/se são remetidos quais as contra referencias de sistemas de informação?

27. Os dados coletados são analisados no local pelos os elementos das unidades e realizam uma ação em função das análises? Se sim especifique a ação realizada.

Escolher uma, das seguintes opções da sua conveniência

28. Como se realiza a consolidação mensal dos dados coletados:

- a) Não se realiza a consolidação dos dados.
- b) Um elemento dos agentes comunitários consolida sozinho.
- c) Todos os elementos da unidade se reúnem para consolidação dos dados em conjunto
- d) outra, especifique.

29. Pelos menos um elemento ou responsável da unidade de saúde discute os dados coletados fora da equipe? (com pessoa que não faz parte da unidade).
30. Em caso positivo na questão anterior, identifique os participantes da discussão:
- a) População (grupos comunitários, lideranças comunitárias, grupos de moradores, qualquer outro grupo).
 - b) Comitê de gestão
 - c) Profissionais de outra instituição
 - d) Outro, especifique
31. Como a unidade faz encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado?
- a) Orienta verbalmente o paciente onde procurar atendimento
 - b) Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para o atendimento).
 - c) Encaminha o paciente com relatório completo do caso
 - d) Outra forma especifique
32. Houve casos em que algum gestante precisasse de atendimento de internamento?
Como se faz o encaminhamento?
- a) Orienta verbalmente o paciente onde procurar atendimento
 - b) Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para o atendimento).
 - c) Encaminha o paciente com relatório completo do caso
 - d) Outra forma especifique
33. Dos pacientes que a unidade encaminha que informações são recebidas como contra Referencia do atendimento?
- a) Não recebe nenhuma informação do serviço referido
 - b) Informações relatadas verbalmente pelo paciente
 - c) Recebe relatório escrito do atendimento e das providencias tomadas
 - d) Outra forma especificar

34. A Unidade realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
- a) Na Unidade não se reúne
 - b) Na unidade se reúne mensalmente
 - c) Na unidade se reúne quinzenalmente
 - d) Na unidade se reúne semanalmente
35. O que orienta a programação das ações desenvolvidas pela Unidade?
- a) Dados do sistema de informação de saúde (SIS)
 - b) Orientações do centro de saúde ou equipa regional
 - c) Os membros do local a partir da realidade local observada
 - d) Dados de outros sistemas de informação
 - e) Outro, especificar
36. As atividades e os agentes comunitários e matronas da unidade são supervisionadas?
37. Em caso sim, quem os supervisionam?
- a) Só o enfermeiro responsável da área sanitária
 - b) O responsável de Saúde família
 - c) A equipa regional
 - d) Todos os elementos juntos
 - e) Não é supervisionada
38. Assinale a situação mais freqüente:
- a) Há programação prévia da supervisão das atividades dos agentes comunitários de saúde e matronas.
 - b) São supervisionados apenas nos seguintes casos: treinamento em serviço, suspeita de irregularidade no trabalho, ocorrência de situações de alto risco à saúde da comunidade.
 - c) O trabalho é acompanhado apenas através do registro dos dados do sistema de Informação.
39. Quais seriam as principais dificuldades encontradas para desenvolvimento das atividades?
- a) Interferência política
 - b) Falta de meios de transporte para deslocamento dos elementos
 - c) Outro, especifique

40. Na Unidade os elementos participam nas atividades voltadas para a solução de problemas relacionados com educação, moradia, agricultura geração de fundos. Se sim especifique.

41. Algum dos agentes é membros do comitê da tabanca?

c) Sim

d) Não

e) Participe regularmente nas reuniões mas não é membro do comitê

42. Nos últimos 12 meses quantas vezes os agentes e matronas receberam visita de supervisão da equipa regional? (Número de visitas de supervisão com a equipa regional)

43. Nos últimos 12 meses quantas vezes, os agentes (pelo menos um dos seus membros) ou matronas participaram na reunião com equipa regional? Número de reuniões com a equipa regional

IV. Recursos disponíveis nas Unidades de Saúde de Base para atendimento da população:

44. Equipamentos e materiais

a) Marquesa ou cama de observação – sim () não ()

b) Mesa/cadeira – sim () não ()

c) Estetoscópio obstétrico/estetoscópio pinard – sim () não ()

d) Caixa do material do parto – sim () não ()

e) Fogão – sim () não ()

f) Lanterna – sim () não ()

g) Balança do adulto e infantil – sim () não ()

h) Outros/especifique – sim () não ()

V. Situação de abastecimento de materiais/insumos relacionados (nos últimos três meses):

a) Material de curativo/penso e outros/especificar – sim () não ()

b) Material educativo para à população/cartazes – sim () não ()

c) Formulários e fichas de atendimento/livros de registro, fichas estatísticas cartões
sim () não ()

45. Materiais/equipamentos disponíveis nas Unidades básicas de saúde para as sessões educativas.

- a) Cartaz e folhetos – sim () não ()
- b) Álbum seriado – sim () não ()
- c) Outros

46. Qual a disponibilidade de referencia na rede do sistema de saúde para realização dos seguintes exames de apoio diagnóstico e qual é a frequência da referencia:

- a) Hemograma completo – sim () não ()
- b) Gota espessa – sim () não ()
- c) Urina – sim () não ()
- d) Glicemia – sim () não ()
- e) VDRL – sim () não ()
- f) Fezes – sim () não ()
- g) Ultra-sonografia / ecografia obstétrica – sim () não ()
- h) Outros

47. Qual a disponibilidade (no último mês) de medicamentos essenciais para a população na Unidade Saúde de Base:

- f) Sulfato ferro – sim () não ()
- g) Cloroquina – sim () não ()
- h) Vitamina A – sim () não ()
- i) Contraceptivos/especificar – sim () não ()
- j) Antimicótico – sim () não ()

V. Principais problemas que a região enfrentam

48. Em relação a continuidade do programa, quais as questões que merecem maior atenção técnica e política?

49. Quais os pontos negativos e positivos do programa.

ANEXO 7



Data de recepção : a) na Região : ___/___/___
 Por : _____
 b) na Epidemiologia : ___/___/___
 Por : _____

Modelo: OICS-AeB_02

RELATÓRIO MENSAL DO CENTRO DE SAÚDE

[]
 []
 []

Compilado por : _____ Data: ___/___/200__

saúde Reprodutiva

I. CONSULTAS PRÉ-NATAIS E PARTOS

Grávidas :

a) Consultas Pré-Natais : 1^{as} Visitas : [] 3^{as} Visitas : [] (3^{as}+ visit [] nos 8º e 9º mes.)
 b) A.R.O. : [] (destes, Recebidos : [] Evacuados : [])
 c) Partos assistidos : [] (destes : Nati-Mortos [] Nati-Vivos [] N.Vivos c/ baixo peso [])
 d) Partos não assistidos : [] (destes : Nati-Mortos [] Nati-Vivos [] N.Vivos c/ baixo peso [])
 e) Abortos : Espontâneos : [] Total induzidos : [] Induzidos em < 20 anos : []
 f) Óbito Materno : Ante-Parto : [] Intra-Parto : [] Pós Parto : []
 g) Vacinas (V.A.T.) : TT 1 [] TT 2+ []
 h) Outras Profilaxias : Anti-Palúdica [] Anti-Anémica [] Sal Iodado []

Não Grávidas :

2. MULHERES EM IDADE FÉRTIL E PLANEAMENTO FAMILIAR

a) Vacinas (V.A.T.) : TT 1 [] TT 2+ [] Total de V.A.T. Gastas (grávidas e Não Grávidas): []
 b) Consultas Puerperais : Até 15º dia: [] Entre 15º e 30º dias : [] Entre 30º e 45º dias : []
 c) Consultas de P. Familiar : 1^{as} Visitas : [] Visitas Repetidas : []
 c1) Distribuição de : Carteiras de Pílulas, [] Nº de Preservativos [] FEMIDON []
 c2) Uso de D.I.U. : Inseridos, [] e Retirados antes do tempo : []
 c3) Outros Métodos : I— [] II— []

saúde das Crianças

3. ATENDIMENTOS A CRIANÇAS 0—14 ANOS

Vacinas < 1 ano							Vacinas >= 1 ano						
BCG	V.A.P.0	V.A.P.1	V.A.P.2	V.A.P.3	Anti-Sarampo	Completo. vacinado	BCG	V.A.P.0	V.A.P.1	V.A.P.2	V.A.P.3	Anti-Sarampo	Completo. vacinado
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
DTP 1	DTP 2	DTP 3	Anti-Amarilica	Anti-He-patite B1	Anti-He-patite B2	Anti-He-patite B3	DTP 1	DTP 2	DTP 3	Anti-Amarilica	Anti-He-patite B1	Anti-He-patite B2	Anti-He-patite B3
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Visitas de Puericultura :

a) Em < de 1 ano: 1^{as} Visitas [] Visitas Repetidas []
 b) Em 1—4 anos: 1^{as} Visitas [] Visitas Repetidas []
 c) Novos Casos de Malnutrição em 8—4 anos : Graves : [] Moderados : []
 d) Outras Profilaxias : Anti-Palúdica [] Anti-Anémica [] Sal Iodado []

Doses Gastas no TOTAL

BCG	V.A.P.	DTP
[]	[]	[]
Anti-Sarampo	Anti-Amarilica	Anti-He-patite B
[]	[]	[]

ANEXO 8

Verso relatório mensal do Centro de Saúde

Análises Laboratoriais

4. MÉTODOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

EXEMPLOS:

B.K. : B.K. (+) : G. Espessa : G. Espessa (+) : G. Espessa em Grávidas : G. Espessa em Grávidas (+) :

Hb : Hb < 12g/l : Diplococos Neisseriae : Diplococos Neisseriae (+) : D. Neisser. em Grávidas : D. Neisser. em Grávidas (+) :

Trep. P. : Trep. P. (+) : Treponema P. em Grávidas : Treponema P. em Grávidas : Parasitas Intestin. : Parasitas Intestin. (+) :

Schistos. : Schistos. (+) : Outra (): Outra () (+) :

Boletim das Doenças e Síndromes

5. CASOS E ÓBITOS DAS DOENÇAS (Transmissíveis e Não Transmissíveis)

NOVOS CASOS DE :	Menores de 1 ano		1 a 4 anos		5 a 14 anos		15 a mais anos		Casos vacinados	
	Total	Óbitos	Total	Óbitos	Total	Óbitos	Total	Óbitos	< 1	1 a 4 anos
1 Sarampo										
2 Tétano Neonatal			Só em ocorrências com crianças na idade compreendida entre 0 (zero) e 28 (vinte e oito) dias							
3 Tétano										
4 Tosse Convulsa										
5 P.F.A.										
6 Tuberculose										
6 Tuberculose Extra-Pulmonar										
7 Infecção Respiratória Aguda									Recaldas de :	
8 Cólera									Tuberculose	
9 Disenteria									0-4 anos tratadas com:	
10 Diarréias "banais"									S.R.O.	
11 Paludismo									Cloroquina	
12 Síndrome Ictérico									Grávidas com:	
13 Síndrome Meningeal									Paludismo	
14 Lèpra									Das quais, Paucibacilar	
15										
16										

Nº de Visitas de Estratégia Avançada:

O Comitê de Gestão está operacional ? Sim ou Não

Obs.:

Seção das IST	0 a 14 anos		15 a 19 anos		20 e mais anos		Óbitos Total	Doenças Não Transmissíveis	0 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 e mais anos	Óbitos Total
	F	M	F	M	F	M							
17 S.I.D.A													
18 Corrim. Genital Não Purulento							21 EPILEPSIA						
19 Úlcera Genital							22 Hipertensão Arterio-Venosa						
20 Corrimento Genital Purulento							23 DIABETE						
							24 NEFROPATIAS						

Serviços	Movimento de Camas / Internamentos						Novas Consultas Externas					URGÊNCIAS		
	Nº de Camas	Existências	Entradas	Saídas	Óbitos	Evacuações	< 1 ano	1 - 4 anos	5 - 14 anos	15 - 19 anos	20+ anos	< 1 anos	1-14 anos	15+ anos
Medicina														
Cirurgia														
Obstetria														

ANEXO 9

Ministério da Saúde Pública

REPÚBLICA DAGUINÉ-BISSAU Guia de Referência (Transferência)

Região: _____ Área Sanitária: _____ N° _____
Estabelecimento sanitário: _____
Faz evacuar o (a) paciente: _____ sexo _____, idade _____ anos,
residente em _____, para o estabelecimento: _____
_____ em (localidade) _____. Diagnóstico inicial: _____
_____ Tratado aqui com:
1. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
2. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
3. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
4. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
5. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____

MOTIVOS DE EVACUAÇÃO: _____

Data: ____/____/____ Nome _____ Assinatura: _____

REPÚBLICA DAGUINÉ-BISSAU Guia de Contra-Referência (Transferência de volta)

Região: _____ Área Sanitária: _____ N° _____
Estabelecimento sanitário: _____
Faz saber ao estabelecimento sanitário: _____ em: _____
que o (a) paciente _____ sexo _____, idade _____ anos
residente em _____, evacuado (a) sob o N° _____ com o diagnóstico inicial
de _____ foi tratado (a) aqui sob o diagnóstico definitivo
de _____ com:
1. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
2. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
3. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
4. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____
5. _____ Dose: _____ Durante: _____ dias. Desde ____/____/____

ESTADO A SAÍDA: _____ Data: ____/____/____
RECOMENDAÇÕES (Ao paciente e ao Pessoal de saúde): 1 _____
2 _____ 3. _____

Data: ____/____/____ Nome _____ Assinatura: _____

Direcção de Higiene e Epidemiologia