

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por ter-nos dado a vida e a sabedoria e aos Professores/as do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, pelas suas formas sábias e valiosas e gratidão às contribuições dadas, especialmente á família de uma forma indireta pelo apoio moral e directamente aos colegas da Turma e amigos/as.

Orientadoras: Professoras Doutora Cátia Sá Guerreiro

Co-orientadora: Professora Doutora Zulmira Hartz

Professora Doutora Isabel Craveiro-Coodenadora

Professora Doutora Ines Fronteira-Epidemiologista

Doutor Anaxore Cassiro-Arguente

Senhor Martinho Moreno-cunhado

Senhora Teresa Vaz-Prima

Senhora Benvinda Moreno-Cunhada

Dona Cicilia Varela

Tubeiro Djata Irmão

Entrega o teu caminho ao Senhor confia nele, e Ele o fara (Salmo:37,5)



## RESUMO

A República da Guiné-Bissau é um Estado independente desde 1973. Estabeleceu a sua Política Nacional de Saúde em 1993 e tem feito, ao longo dos anos, o exercício do Planeamento Estratégico em Saúde, materializado num documento de orientação estratégica em saúde – o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. A terceira edição deste plano, tem um horizonte temporal de 2018-2022 e prevê uma avaliação intercalar da sua implementação em 2020 e a avaliação final em 2022.

Com o objectivo geral de contribuir para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde através de uma análise de processo de implementação da estratégia do terceiro Plano de Desenvolvimento Sanitário da Guiné-Bissau e com os objetivos específicos de i) descrever o início do processo de implementação; ii) analisar a estratégia da implementação e iii) contribuir para a realização da avaliação intercalar prevista para o ano de 2020, foi realizado um estudo de avaliabilidade.

Enquadrado no âmbito do grande tema da avaliação em saúde, um estudo de avaliabilidade consiste numa análise prévia que determina se uma avaliação a fazer posteriormente é exequível e útil.

Assim, pretendendo obter esta informação que permita contextualizar a avaliação intercalar da implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, foi em 2019 conduzido um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos com recurso a i) dezassete entrevistas semiestruturadas a atores chave do sistema de saúde que participaram na elaboração, validação e atual implementação do plano em análise; ii) um grupo focal com a participação de dez responsáveis da área sanitária do Setor Autónomo de Bissau; iii) revisão bibliográfica do tipo narrativo ao longo de todo o processo.

Os resultados obtidos da análise de dados e a sua conseqüente discussão são apresentados por categorias de análise identificadas, concretamente o nível de conhecimento do plano por parte dos participantes no estudo, o processo e estratégias de implementação do plano, a importância dos parceiros internacionais e o contexto nacional e sua influência na matéria em estudo.

Conclui-se que o plano é conhecido pelos líderes em saúde, uma vez que participaram na sua elaboração e validação. Verifica-se que o plano, tendo sido validado pelo Comité

de Pilotagem, não foi ainda oficialmente aprovado pelo Conselho de Ministros, condicionando o grau de implementação, a qual decorre num momento de crise política profunda. O plano está a ser implementado a passos lentos e parcialmente e através de três programas: Programa Nacional de Luta Contra VIH/ Sida, Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose e Programa Nacional de Luta Contra Paludismo, uma vez que estes programas são considerados como programas prioritários, sendo financiados pelo Fundo Mundial.

A principal conclusão deste estudo de avaliabilidade é que no momento da sua realização não se verificam condições para realizar a prevista avaliação intercalar do PNDS III para 2020. Isto deve-se ao facto de não estarem a ser implementadas as estratégias previstas. Na melhor das hipóteses, poder-se-á proceder a uma avaliação intercalar da implementação dos três programas prioritários em cursos, envolvendo os parceiros financiadores.

### **Palavra chaves**

República da Guiné-Bissau, Estudo de Avaliabilidade, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III.

### **ABSTRACT**

The Republic of Guinea-Bissau has been an independent state since 1973. It established its National Health Policy in 1993 and has, over the years, carried out Strategic Health Planning, materialized in a strategic health guidance document - the National Plan for Health Development. The third edition of this plan, has a time horizon of 2018-2022 and provides for a mid-term evaluation of its implementation on 2020 and the final evaluation on 2022.

With the general objective of contributing to the strengthening of the National Health System through a process analysis of the implementation of the strategy of the third health development plan in Guinea-Bissau and with the specific objectives of i) describing the beginning of the implementation process; ii) analyze the implementation strategy and iii) contribute to the mid-term evaluation scheduled for 2020, an evaluability study was carried out.

Framed within the broad theme of health assessment, an assessability study consists of a prior analysis that determines whether an assessment to be carried out later is feasible and useful.

Thus, in order to obtain this information that allows contextualizing the mid-term evaluation of the implementation of the National Health Development Plan III, in 2019 an exploratory, descriptive study with a qualitative approach was conducted. The data were obtained using i) seventeen semi-structured interviews with key players in the health system who participated in the preparation, validation and current implementation of the plan under analysis; ii) a focus group with the participation of ten health officials from the Autonomous Sector of Bissau; iii) bibliographic review of narrative type throughout the process.

The results obtained from the data analysis and its consequent discussion are presented by identified categories of analysis, namely the level of knowledge of the plan by the participants in the study, the process and strategies for implementing the plan, the importance of international partners and the national context and its influence on the subject under study.

It was concluded that the plan is known to health leaders, since they participated in its preparation and validation. It appears that the plan, having been validated by the Steering Committee, has not yet been officially approved by the Council of Ministers, conditioning the degree of implementation, which takes place at a time of deep political crisis. The plan is being implemented slowly and partially and through three programs: National Program to Fight HIV / AIDS, National Program to Fight Tuberculosis and National Program to Fight Malaria, since these programs are considered as priority programs, being financed by the Global Fund.

The main conclusion of this evaluability study is that at the time of its completion, there are no conditions to carry out the planned mid-term evaluation of the PNDS III for 2020. This is due to the fact that the planned strategies are not being implemented. In the best case, a mid-term evaluation of the implementation of the three priority programs in courses, involving the financing partners, could be carried out.



## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO .....	1
1.1.	A República da Guiné-Bissau e o seu Sistema de Saúde .....	1
1.2.	O planeamento em saúde na República da Guiné-Bissau .....	4
1.3.	Avaliação em saúde .....	9
1.4.	Objeto .....	11
1.4.1.	Objetivo Geral .....	11
1.4.2.	Objetivos Específicos .....	11
2.	MATERIAL E MÉTODOS.....	12
2.1.	Tipo de Estudo.....	12
2.2.	Local de Estudo .....	12
2.3.	Recolha de Dados .....	12
2.4.	Análise de Dados .....	14
3.	RESULTADOS .....	16
4.	DISCUSSÃO.....	21
5.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	26
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....	27
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
	<a href="#">ANEXOS</a> .....	33



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>ASC</b>	Agente Saúde Comunitária
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DENARP</b>	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
<b>DGASS</b>	Direcção-Geral de Administração do Sistema de Saúde
<b>DGECS</b>	Direcção-Geral dos Estabelecimentos dos Cuidados da Saúde
<b>DGPPS</b>	Direcção-Geral de Prevenção e Promoção da Saúde
<b>ENS</b>	Escola Nacional de Saúde
<b>INASA</b>	Instituto Nacional de Saúde Pública
<b>MINSAP</b>	Ministério de Saúde Pública
<b>MSPD</b>	Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OOAS</b>	Organização Oeste Africana de Saúde
<b>PMA</b>	Pacote Mínimo de Atividade
<b>RS</b>	Regiões Sanitárias
<b>SAB</b>	Sector Autónomo de Bissau
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>CAD/OCDE</b>	Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvidos Sustentáveis
<b>OGE</b>	Orçamento Geral do Estado

<b>CEDEAO</b>	Comunidade Económica do Estados da África Ocidental
<b>PNS</b>	Politica Nacional de Saúde
<b>PNDS</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
<b>PNLCVIH/SIDA</b>	Programa Nacional de Luta Conta VIH/ Sida
<b>PNLCTB</b>	Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose
<b>PNLCP</b>	Programa Nacional de Luta Contra Paludismo
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SS</b>	Sistema de Saúde
<b>EA</b>	Estudo de Avaliabilidade

### 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1. A República da Guiné-Bissau e o seu Sistema de Saúde

A República da Guiné-Bissau (RGB) fica situada na Costa Ocidental de África, limitada a Norte pela República do Senegal, a Leste e Sul pela República da Guiné-Conacri e a Oeste pelo Oceano Atlântico. A sua superfície total é de 36.125 km<sup>2</sup> dos quais apenas 27.700 km<sup>2</sup> constituem a superfície emersa 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 parciais ou totalmente inacessíveis (1)

Em 2016, a população da RGB foi estimada em cerca de 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por ser uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas (2).

A ocupação do território é mais densa em Biombo, intermédia no leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais.

Existem cerca de trinta etnias no País. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população - Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel. Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos como muçulmanos, católicos, protestantes e animistas (3).

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

Os indicadores demográficos registam uma melhoria no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo, simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade que mostram tendências decrescentes (4).

## INTRODUÇÃO

A RGB integra a Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO) e a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP). Está assim bem posicionada para encorajar a cooperação entre estas duas Comunidades no setor da saúde, esta cooperação poderá ser apoiada pela Conferência Luso francófona da Saúde.

Para compreendermos a organização do Sistema de Saúde temos que ter noção da organização do mapa Sanitário e dos setores público (o Sistema Nacional de Saúde), privado e tradicional.

### *Mapa Sanitário*

Do ponto de vista administrativo, a RGB está dividida em oito regiões e um setor Autónomo que é capital da RGB: Bafatá, Biombo, Bolama- Bijagós, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um Setor Autónomo cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país.

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do Ministério de Saúde Pública (MINSAP) em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 Regiões Sanitárias, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (5).

As 11 regiões sanitárias foram divididas em 114 áreas sanitárias o nível mais próximo das comunidades, definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km, das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde, mais próximas(6).

O Sistema de Saúde da RGB está representado no esquema piramidal e dividido em três níveis (7).

Figura 1 - PIRÂMIDE SANITÁRIA

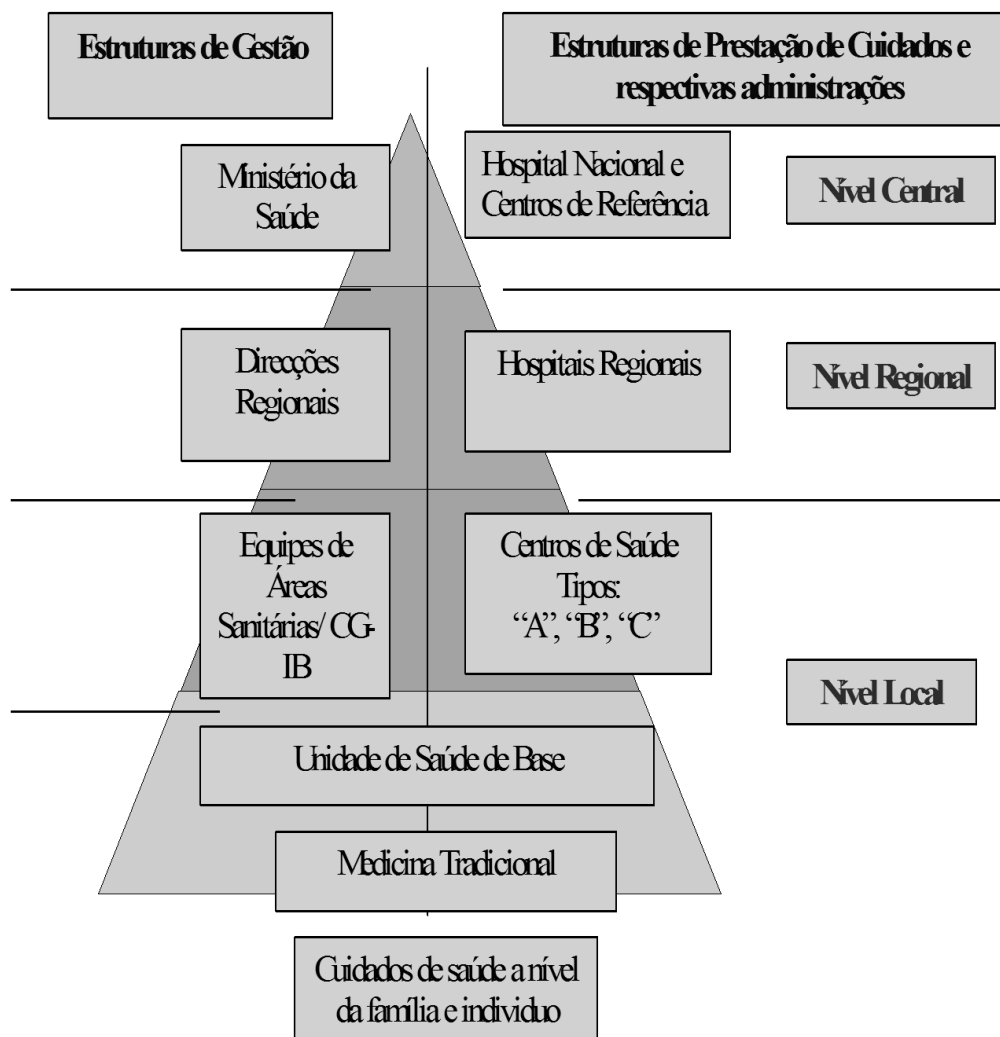


Fig. 1 Pirâmide Sanitária - Adaptado de PNDS I (7)

**A nível central:** Estão o MINSAP, as Direções, os Serviços, Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes e os centros de referência. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação (7).

**Nível Regional:** É o nível intermediário entre a planificação estratégica do nível central e a implementação técnica das atividades pelo nível local, tem como função principal traduzir as políticas nacionais em estratégias e atividades operacionais (7).

## INTRODUÇÃO

**O nível local:** Denominado de “área sanitária”, é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Atividade. Geralmente, os Centros de Saúde asseguram cuidados, tanto curativos como preventivos, no âmbito do Pacote Mínimo de Atividade da sua respetiva área sanitária e constituem, por isso, o primeiro nível de atendimento. Por conseguinte, os hospitais regionais servem-lhes de primeira referência (7).

### **1.2. O planeamento em saúde na República da Guiné-Bissau**

A RGB é um Estado independente desde 1973, estabeleceu sua Política Nacional de Saúde (PNS) em 1993 e tem feito ao longo dos anos o exercício do Planeamento Estratégico em Saúde (PES) (8).

Planeamento é um processo contínuo e dinâmico que compreende um diagnóstico de situação, o estabelecimento de prioridades e objetivos, proposta de estratégia de plano de atividades, sua implementação e avaliação, retomando-se o início do processo numa espiral de adaptação a novas necessidades e contextos (9).

O planeamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e a sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (10).

#### ***Política Nacional de Saúde na Guiné-Bissau***

A PNS é parte integrante da política do Governo em termos de desenvolvimento socioeconómico global do país (11). O primeiro documento de PNS foi aprovado em 1993, tendo-se iniciado a sua revisão em 2009. Em Abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

A estratégia principal assenta no reforço do Sistema Nacional de Saúde (SNS), bem articulado entre os níveis central, regional e local, com estruturas e instituições funcionantes, utilizando conhecimentos científicos e tecnologias apropriadas e

respondendo às necessidades da população em termos de cuidados da saúde preventiva e curativa, com vista a alcançar o objetivo da “Saúde Para Todos” (11).

### ***Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário***

Desde 1998 que a RGB possui um plano orientador em Saúde, o qual permite não apenas a procura da uniformização da prestação de cuidados de saúde em todo o país, mas também a relação com parceiros que permitam a sua implementação (13).

De 1998 a esta parte a RGB teve três PNSD.

### ***Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I (PNDS I 1998-2002; 2003-2007)***

O primeiro PNDS surgiu no contexto da PNS de 1993 orientado por princípios de consolidação dos cuidados primários de saúde, melhoria do acesso aos serviços de saúde, distribuição equitativa dos recursos, qualidade da prestação de cuidados, descentralização do sistema de saúde. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde e em todo o País, sendo apresentado na mesa redonda setorial de 1997 e constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002 (14).

Devido a instabilidade político-militar de 1998, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007 de modo a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas. Porém, devido às contingências políticas, económicas e sociais, este plano nunca foi realmente implementado (14).

### ***Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II 2008-2017)***

Neste contexto, o MINSAP envolveu-se na elaboração do PNDS II (15) com apoio de parceiros, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no Documento de Estratégia Nacional de Redução de Pobreza (DENARP I), como um projeto de desenvolvimento socioeconómico de uma forma a assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017.

## INTRODUÇÃO

O PNDS II foi o fio condutor para que as instituições do MINSAP, e outros organismos e entidades, pudessem assegurar ou contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, de 2008 a 2017. É também de realçar o esforço da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar os objetivos do PNDS II para o número de Enfermeiros e Médicos por 10.000 habitantes (15).

### *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (PNDS-III 2018-2022)*

Em Outubro de 2014 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento, como por exemplo rever a PNS e o PNDS II.

A elaboração do PNDS III decorre em paralelo com a crise política que envolve a falta de diálogo entre as forças políticas e os órgãos do Estado. Para a sua elaboração, o MINSAP contou com o apoio participativo dos técnicos nacionais das regiões sanitárias, tendo também recorrido a assistência técnica (três assistentes técnicos - dois nacionais e um internacional) e financeira dos organismos e agências internacionais parceiras, nomeadamente a União Europeia (UE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Fundo dos Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do MINSAP, foram criados um Comité de Pilotagem e uma Comissão Técnica de Seguimento (16).

Os três assistentes técnicos constituíram um Grupo de Consolidação que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias (16).

Este grupo estabeleceu o calendário a seguir; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do Comité de Pilotagem; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do Sistema de Saúde, inclusive os Diretores Regionais de Saúde, os dirigentes dos Ministério da economia, Plano e Integração Regional (MEPIR), Ministério das Finanças Publicas (MINFUP), Ministério da Educação e Ensino Superior (MEES) e Ministério das Finanças (MINFIN), os principais organismos e agências de cooperação internacional,

incluindo as Organizações Não Governamentais (ONG), sindicatos, associações e ordens e com as duas maiores forças políticas com assento parlamentar (16).

O PNDS III ambiciona reforçar o Gabinete de Parcerias do MINSAP com instrumentos para a coordenação efetiva das atividades dos parceiros que intervêm na área da saúde. Sugere como protocolar com os parceiros, um entendimento de responsabilização mútua sobre a atuação no domínio da saúde, alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), incluindo um registo dos parceiros e intervenientes no setor e uma clarificação das áreas de atuação. Prevê ainda envolver as direções regionais sanitárias na coordenação e supervisão das atividades dos parceiros que intervêm no setor nas suas áreas de influência (16).

Se olharmos para vinte anos da existência do PNDS, a implementação das estratégias sempre teve como forte justificação de instabilidade política e a fragilidade do sistema de saúde da RGB. Verificam-se mudanças cíclicas sucessivas dos gestores e diretores gerais do MINSAP, tem sido fraca a liderança na implementação das estratégias e concretização dos objetivos, devido a instabilidade política governativa, não havendo tempo para a apropriação ou familiarização com os documentos estratégicos. Por outro lado, este cenário levou à perda dos parceiros tradicionais e à falta de visão clara na tomada de decisão, dificultando a eficácia na implementação das estratégias do PNDS (13).

### ***Planos estratégicos operacionais que sustentam os PNDS***

O DENARP I surgiu no início da década de 2000, logo após o conflito político-militar de 1998 e vigorou de 2006 a 2008(17). Foi alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e com o desafio da eliminação da pobreza, o qual exige uma abordagem abrangente que toma em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais, assim como culturais e ambientais (16).

Com base nas lições aprendidas, foi elaborado o segundo DENARP, cobrindo um período de cinco anos (2011-2015) (18), com o objetivo principal de reduzir significativamente a pobreza, nas suas múltiplas dimensões, criando mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorando o acesso a serviços públicos de qualidade num Estado de direito reforçado (16). A nova estratégia foi orientada para a

## INTRODUÇÃO

consolidação da paz e do Estado de Direito, aceleração do crescimento económico durável e desenvolvimento dos recursos humanos, acelerando a realização dos ODM.

O DENARP II foi substituído pelo novo documento *Terra Ranka* 2015- 2025 - Plano Estratégico e Operacional do Governo (19). Este documento orientou a elaboração do PNDS III, juntamente com as recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014, para reforço da governação e mobilização de recursos na Política Nacional de Saúde em 2017.

### ***Plano Estratégico e Operacional do Governo 2015- 2025 “Terra Ranka”.***

Para reforço da governação e mobilização de recursos, a PNS em 2017 reconhece a importância da capacitação de lideranças, da atualização do quadro jurídico, da reforma do mapa sanitário, da gestão do conhecimento para apoio a tomada de decisão, de reforço do financiamento do setor, da securização dos medicamentos e outros produtos terapêuticos, do desenvolvimento da força de trabalho, da instalação e manutenção de equipamentos e de uma rede de parcerias (19).

O novo documento estratégico vai ao encontro disto, sublinhando a importância da capacitação de lideranças, da atualização do quadro jurídico, da reforma do mapa sanitário e da gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão. Por outro lado, define as necessidades de reforço do financiamento do setor, de assegurar o acesso a medicamentos e outros produtos terapêuticos, do desenvolvimento da força de trabalho, da instalação e manutenção de equipamentos e de uma rede de parcerias - fatores que condicionam a saúde e a sua interligação com o desenvolvimento para a melhoria do estado de saúde da população.

### **1.3. Avaliação em saúde**

A avaliação em saúde é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem (20). Hoje, a avaliação é também um conceito que está vaga, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas.

Logo após a Segunda Guerra Mundial apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. Ele é, de certa forma, o corolário do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, social, do emprego, da saúde (21).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (22). O processo da implementação tem exatamente como foco de avaliação a relação entre a intervenção (políticas, planos e programas) o seu contexto da inserção na produção dos efeitos (20).

#### ***Estudo de Avaliabilidade***

A avaliabilidade foi introduzida pela primeira vez por Joseph Wholey na década de 1970 para melhorar as práticas de avaliação (23).

Partindo da convicção de que muitas avaliações falham devido à discrepância entre "a retórica e a realidade"(24), considera as análises da avaliabilidade uma forma de facilitar a comunicação entre avaliadores e detentores de interesse.

Foram, por isso, inicialmente concebidas como uma atividade pré-avaliação (ou avaliação exploratória), destinada a melhorar e apoiar os resultados de qualquer avaliação sumativa subsequente (25).

Estudo de avaliabilidade (EA) é portanto o estudo do processo avaliativo que pode ser utilizado como pré-avaliação em algumas fase do desenvolvimento da implementação de um plano bem como ao longo do seu ciclo da vida.

O modelo logico da importância do EA pode-se refletir num conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação. São considerados fundamentais para a caracterização do processo de avaliação apontando para sua utilidade e oportunidade. O EA permite que a etapa seguinte, avaliação propriamente dita, seja desenvolvida com maior facilidade, maximizando seus potenciais e favorecendo também a racionalização de recursos, frequentemente escassos para o processo avaliativo.

## INTRODUÇÃO

Ainda que um EA seja diferente de uma avaliação importa sublinhar que não devem ser confundidos: uma avaliação tem como objetivo apreciar o mérito de uma determinada intervenção e fornecer apreciações sobre as suas realizações/resultados, enquanto um EA é uma análise prévia que determina se uma avaliação é exequível e útil (26).

O EA é usado em saúde pública como uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para uma avaliação completa (27), auxiliar os planeadores dos programas na identificação das melhorias necessárias do programa e garantir que uma avaliação produza informações úteis (28). Faz parte do processo de avaliação (29), podendo ser usado em qualquer fase de um programa, seja no planeamento, implementação, ou longo do ciclo de vida do programa (30), a fim de obter conhecimento aprofundado sobre o objeto de pesquisa (24) e apreciação prévia das possibilidades de avaliação (31).

A realização de um EA durante o ciclo de implementação permite integrar o conhecimento resultante ou novos imperativos organizacionais, modificar a lógica da intervenção e ajustá-la, bem como ajustar a recolha de dados (analisando a qualidade e relevância da informação), se necessário, no fim da intervenção (24). Uma análise da avaliabilidade nesta fase fornece informação mais atualizada sobre o grau de “dificuldade” para realizar uma avaliação e pode ser feita pelos decisores ou responsáveis de célula de gestão do plano (32).

Por outro lado, o processo de avaliação de implementação consiste em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção (6).

O PNDS III tem prevista uma avaliação a meio termo, ou seja em 2020 (9). Após dois anos e meio da implementação da estratégia, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar estratégias. Prevê também uma avaliação no final dos cinco anos planificados (33). Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados, dando uma visão clara situação da implementação do plano.

### **1.4. Objeto de estudo**

O presente trabalho teve como objeto de estudo o grau de implementação do PNDS III no momento de realização do estudo – Julho e Agosto de 2019 - com vista a determinar se o programa está pronto para uma avaliação intercalar conforme previsto.

Definiram-se um objetivo geral e três objetivos específicos.

#### **1.4.1. Objetivo Geral**

Contribuir para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde da República da Guiné Bissau através de uma análise aprofundada dos dois primeiros anos de implementação do documento de estratégia em saúde (PNDS III).

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Descrever o início do processo da Implementação do PNDS III 2018-2022.
- Analisar a estratégia da implementação do terceiro PNDS da RGB.
- Contribuir para a realização da avaliação intercalar prevista para o ano de 2020.

## MATERIAL E MÉTODOS

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

Considerando que se procura em primeira instância descrever o início do processo de implementação de uma estratégia em saúde, verificando a existência de condições para a realização do processo avaliativo previsto, opta-se por realizar um estudo de avaliabilidade do processo da implementação do PNDS em vigor.

#### 2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, no qual o pesquisador explora em profundidade um plano ou programa, um facto, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas (34).

#### 2.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado na RGB e em Portugal. A recolha de dados foi feita nos meses de Julho e Agosto de 2019 na RGB e o restante trabalho em Portugal, com conclusão em Abril de 2020.

#### 2.3. Recolha de Dados

O presente EA foi realizado com recurso a entrevistas semiestruturadas e a grupo focal, tendo a revisão bibliográfica acompanhado todo o processo.

#### *Entrevistas Semiestruturadas*

Flick (35) define vários tipos de entrevista semiestruturada, sendo que aquela que melhor se aplica ao presente estudo é a entrevista centrada no problema, sendo este definido como o processo da implementação do PNDS III. Por entrevista semiestruturada entende-se o encontro entre duas pessoas, a fim de que um deles obtenha informação mediante uma conversação de natureza profissional (36). A sua conceção compreende a existência de um curto guião da entrevista, o registo gravado e o pós-escrito ou transcrição que será depois analisado pelo investigador (37).

Assim sendo, foi preparado um documento de consentimento informado individual (Anexo I) e um guião da entrevista (Anexo II). No início de cada entrevista foi lido o termo de consentimento informado e assinado pelo entrevistado. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos, tendo sido gravadas em áudio. A não-aceitação de assinatura do consentimento informado foi critério de exclusão de potenciais entrevistados.

Foi realizado um total de dezassete entrevistas semiestruturadas a atores chave do sistema de saúde que participaram na elaboração, validação e atual implementação do PNDS III, concretamente a oito líderes do nível central e a nove de nível regional. No que diz respeito aos líderes de nível central, três ocupam cargos de liderança no MINSAP, três são coordenadores de programas, um está diretamente ligado à direção do PNDS e outro encontra-se exonerado à data de elaboração do estudo, tendo em fase anterior participado ativamente na elaboração do PNDS III. Relativamente ao nível regional, as entrevistas não incluem as regiões insulares. Dos dezassete entrevistados, dezasseis são homens. A totalidade dos entrevistados foi selecionada pelo entrevistador por deterem informações pretendidas para o presente estudo avaliabilidade, optando-se assim por uma amostragem intencional.

### *Grupo Focal*

O recurso a grupo focal, seja de forma isolada ou combinada com outra técnica de recolha de dados, revela-se especialmente útil na pesquisa avaliativa (38).

O grupo focal deverá ser composto por de seis a dez intervenientes que participam de uma discussão, orientada por um moderador experiente. O recurso a grupos focais tem ganho maior destaque nas duas primeiras décadas do século XXI. São usados para questões de pesquisa e para propósito pragmáticos em Saúde, desenvolvendo uma perspectiva que inclui várias alternativas, entre as quais ofato de os pesquisadores poderem decidir sobre o que querem encontrar ao usar esse método (39).

Para o presente estudo foi realizado um grupo focal com dez responsáveis da área sanitária do Setor Autónomo de Bissau, ou seja a nível local, sendo que dois são homens e oito são mulheres. Todos os participantes tinham mais de cinco anos de experiência profissional, ocupando cargos de responsabilidade a nível local e estão ligados à implementação do PNDS III no âmbito de Pacote Mínimo de Atividades, nos centros de saúde. Nenhum dos participantes foi entrevistado no âmbito deste estudo.

Foi elaborado um guião para condução do grupo focal (Anexo III) e os participantes assinaram o documento de consentimento informado. Foi feita a gravação do grupo focal em áudio.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### ***Revisão Bibliográfica***

Optou-se por proceder a revisão bibliográfica do tipo narrativo que é parte primordial do processo da investigação. A “revisão narrativa” não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura.

Trata-se uma técnica de recolha de dados que leva o pesquisador a entrar em contato com o que já foi publicado a respeito do assunto, recorrendo principalmente a livros, artigos em revistas científicas e anais de congresso. A pesquisa bibliográfica procura conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado tema.

A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. Este tipo de revisão é adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (40).

Foram considerados diversos tipos de documentos, concretamente: o documento de PNS; os PND S I, II e III; relatórios de implementação dos mesmos; documentos de orientação estratégica para a RGB, nomeadamente DENARP I e II e Terra Ranka; artigos científicos sobre o tema de planeamento estratégico e avaliação em saúde.

### **2.4. Análise de Dados**

Posteriormente, já em Portugal, efetuou-se a desgravação do conteúdo das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal, com recurso a transcrição integral por parte do investigador. Procedeu-se depois à análise de conteúdo dos dados obtidos (41).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo etapas concretas organização da análise, codificação, categorização e interpretação dos resultados, as quais foram seguidas na concretização do presente estudo. Estão definidos vários tipos de análise de conteúdo, sendo que se optou no presente estudo por uma análise categorial temática.

Pela análise categorial, os dados em bruto são passados a dados organizados, sendo que o que permitirá o seu agrupamento serão as características comuns existentes entre eles. Ao enveredar por uma análise temática, procedeu-se à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, em unidades de significação previamente determinadas (42).



## RESULTADOS

### 3. RESULTADOS

Os resultados obtidos da análise de dados efetuada serão apresentados por categorias de análise identificadas, permitindo a sua posterior discussão.

#### *Processo e estratégia de implementação do PNDS III 2018-2022.*

Segundo dados obtidos na literatura consultada, o PDNS II (2008-2017) sucedeu ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007) e ambos foram alvo de avaliações. O PNDS III resulta deste processo (43).

Na elaboração do PNDS III todos os diretores regionais foram contactados e incentivados a recolher informação nas suas regiões, a nível local. Para tal envolveram os diferentes técnicos de saúde e estes receberam a informação de contextualização sobre o processo de elaboração do novo plano.

Na fase de redação trabalhou um grupo composto pelos diretores regionais, três líderes guineenses de nível central e um consultor externo, partindo dos dados obtidos nas regiões e em documentos de referência do MINSAP.

O documento redigido foi submetido a análise técnica e foi validado pelo Comité de Pilotagem. Porém o documento final não foi, até à data da presente redação, validado pelo Conselho de Ministros.

Apesar disto, o PNDS III está a ser parcialmente implementado, concretamente ao nível de três programas prioritários que se encontram alinhados com o PNDS III e são parte integrante do mesmo.

O documento total do PNDS III não foi disseminado de forma global no país, uma vez que não se encontra oficialmente validado. Pela mesma razão, não se procedeu a uma mesa redonda com os parceiros no sentido de divulgar o PNDS III e obter parcerias para o financiamento da implementação do mesmo.

### ***Grau de conhecimento sobre o PNDS III***

Segundo as entrevistas realizadas a atores do nível central e regional, todos conhecem o PNDS porque participaram na sua elaboração e validação. Segundo os coordenadores dos Programas “o documento está pronto mas falta a sua aprovação pelo Conselho de Ministros”.

Os entrevistados a nível central e regional tinham conhecimento da validação do documento de PNDS III pelo Comité de Pilotagem. Está ocorreu dia Cinco Dezembro de 2018 na Auditoria do INASA, com participação de todos líderes e diretores ao nível central e regional.

Segundo a ata da reunião, começou com intervenções da OMS e da Ministra da Saúde Pública, tendo sido sublinhado que, para melhorar a saúde da população, o PNDS III é um documento intersectorial que teve contribuições de vários ministérios e dos parceiros intervenientes no sector durante a sua elaboração. Desta mesma maneira necessitam do esforço de diferentes ministérios para ser implementada com sucesso as estratégias da terceira geração.

Ao nível local, e de acordo com dados obtidos no grupo focal, todos conhecem o PNDS III, tendo confirmado que integraram a fase de elaboração do documento. Após a sua validação não receberam mais indicações para a sua implementação.

### ***O grau da implementação do PNDS III ao nível central, regional e local***

Ao nível central, o PNDS III está ser implementado parcialmente e como já referido, através de três programas prioritários: programa nacional de luta contra VIH/ Sida (PNLC-VIH/SIDA), programa nacional de luta contra tuberculose (PNLCTB) e programa nacional de luta contra paludismo (PNLCP) uma vez que estes programas são considerados como programas prioritários e são financiados pelo Fundo Mundial. Foi sublinhado pelos diretores destes programas que o PNDS III está a ser parcialmente implementado, uma vez que as estratégias do plano estão alinhadas com a estratégia dos programas prioritários e estes estão em curso.

Segundo um entrevistado de nível central, a implementação da estratégia do plano contava com vários atores internacionais, entre as quais: União Europeia (EU), o Banco Mundial, diversas delegações das Nações Unidas como Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP) e Fundo das Nações

## RESULTADOS

Unidas para a Infância (UNICEF), bem como os países em cooperação bilateral das quais se salientam Portugal, Espanha e França. Porém, segundo este entrevistado de nível central, neste momento “os financiadores retiraram-se por causa da instabilidade política com reflexos no sistema de saúde.” Sublinha ainda que “a implementação está decorrer num momento de crise política profunda que tem envolvido o país durante este anos, de que são exemplo a falta de diálogo entre os órgãos soberanos do Estado e a Presidência, o Executivo e a Assembleia.”

Segundo os diretores regionais entrevistados, “o Parlamento ficou inativo não havendo a aprovação de Orçamento Geral do Estado (OGE) por quase dois anos.” Desta forma, “a implementação das atividades ocorreu na sequência do que já estava a ser realizado, com os fundos disponíveis dos parceiros, estando o Estado a financiar quase apenas os salários dos funcionários”, referem.

A nível regional, segundo os entrevistados, o cenário da instabilidade político-governativo não está a ajudar a implementação global do documento. Seis dos entrevistados referiram que o plano não está realmente a ser implementado.

“Devido a fortes mudanças cíclicas no Ministério de Saúde, não há apropriação do documento para sua implementação”, sublinha um dos entrevistados.

Segundo dados obtidos ao nível regional, o OGE para a saúde é inferior a 8%, canalizado sobretudo para o pagamento dos salários: “Existe uma debilidade terrível em assumir a implementação eficaz a todos os níveis: central, regional e local não há contribuição do Estado, do ponto de vista financeiro.” Os três programas prioritário: VIH, Malária, Tuberculose são financiados por parceiros tradicionais.

De acordo com o grupo focal é de sublinhar a fragilidade do sistema de saúde, constatando-se que o PNDS III não está a ser implementado ao nível local ou nas estruturas sanitárias.

Segundo os coordenadores dos programas, o plano está a ser implementada de acordo com a existência de fundos e com apoio de parceiros. “É feita uma micro-planificação a nível das regiões, entretanto isso não é compilado, ficando o nível nacional a não saber o que se passa nas regiões, quem está a fazer o quê e onde.

### *Papel dos parceiros internacionais no financiamento da implementação do plano*

Os parceiros internacionais têm um papel fundamental no financiamento para o desenvolvimento do sistema de saúde, embora com a instabilidade do país se tenha perdido alguns dos parceiros tradicionais, como por exemplo parceiros bilaterais que apoiavam o sistema através alinhamentos dos ODS em direção à Cobertura Universal de Saúde.

Segundo um entrevistado de nível central, também o plano estratégico operacional “Terra Ranka” e a OMS deviam participar no exercício da formação, capacitação dos profissionais de saúde e custeamento do plano.

“O Ministério deve criar condições técnicas da confiança que permitam aos parceiros comprometerem-se com o financiamento”, referem alguns dos entrevistados.

Dos dezassete entrevistados oito disseram que os recursos não são adequados para a implementação das estratégias do PNDS III. O MINSAP tem tido grandes dificuldades em cumprir o seu papel no pagamento das contrapartidas, em parte devido à não disponibilidade do OGE previsto para a saúde. Registou-se a “fuga de técnicos de saúde para as ONG e verifica-se a falta de vontade do governo na liderança do PNDS III, o documento que orienta todas as estratégias do sistema de saúde”, refere um entrevistado de nível regional.

“Os financiadores têm cumprido os seus compromissos de transferência de fundos de acordo com o que está planeado e o País tem tido grandes dificuldades em cumprir o seu papel no pagamento das contrapartidas”, é uma opinião unânime presente nos dados obtidos.

Segundo entrevistados de nível central regional, “o Ministério de Saúde não está a pagar o salário dos funcionários”. Segundo os coordenadores dos programas, verifica-se que os parceiros internacionais apoiam o MINSAP em diferentes regiões, mas nem sempre com cobertura a nível nacional, o que deixa de fora algumas áreas sanitárias ou regiões. Por outro lado, a fraca coordenação e liderança faz com que o país não consiga determinar as prioridades nacionais e direccionar os parceiros para as áreas e temas mais necessitados.

## RESULTADOS

Para os entrevistados de nível central, o ciclo de implementação não foi definido ainda, pois embora delineado dentro do PNDSIII, não existe uma Unidade a liderar este processo. No momento esta unidade está a ser estruturada e já estão a ser discutidos os principais passos para a planificação anual, a qual também se encontra atrasada.

### *As lacunas na implementação do PNDS III*

A situação sociopolítica do país não ajuda à eficácia da implementação das estratégias do PNDS III. Como referido, falta a oficialização do documento em Conselho dos Ministros, organização de Mesa Redonda interna para mobilização dos fundos para divulgação e a implementação de todas as atividades do PNDS III.

Finalmente, desde a proclamação da independência, o País tem vivido situações de instabilidade política e institucional, materializada em repetidos golpes de estado e conflito armado (44), tendo este cenário implicações na implementação do plano. São disto exemplo as sucessivas mudanças da liderança pelos diferentes Ministros, assim como oscilação na governação aos níveis central e regional.

Segundo dados obtidos no grupo focal “durante vinte e dois anos, da existência do PNDS na RGB, com memórias de planeamento estratégico em saúde, não se atingiram os objetivos previstos sobretudo pelo contexto de instabilidade política e pela fragilidade do Sistema de Saúde do nosso país.”

Para vencer as lacunas verificadas na implementação do PNDS III, os entrevistados sugeriram que: se oficialize o documento pelo conselho dos Ministros, se realize a mesa redonda interna para mobilização dos recursos com parceiros tradicionais; o PNDS III seja divulgado em todos os níveis - central, regional e local; se aposte na monitorização e seguimento anual da implementação do PNDS II; se faça uma forte aposta na liderança e coordenação do MINSAP relativamente ao processo de implementação; se evite o trabalho isolado dos programas sem uma integração para melhor utilização dos recursos existentes.

#### **4. DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos serão discutidos por áreas temáticas de interesse.

##### ***Conhecimento do PNDS III***

O PNDS III foi desenvolvido com apoio técnico e financeiro da OMS e teve a sua aprovação técnica pelo comitê de pilotagem em Junho de 2017, com possibilidade de emendas. No dia da discussão final do documento, alguns parceiros sentiram que faltava ainda algum conteúdo, tendo as emendas sido incorporadas ao longo do segundo semestre de 2017 e primeiro de 2018 (45). O documento está pronto mas falta a aprovação pelo Conselho de Ministros. Relativamente a gestão do conhecimento, o MINSAP deveria dar orientações para a produção, organização e disseminação da informação e conhecimento gerados pelo sistema nacional de saúde a todos os níveis.

Realmente, todos os técnicos de saúde de nível central e os diretores regionais conhecem o PNDS III, porque participaram na sua elaboração e validação técnica. Porém, os técnicos de nível local não receberam indicações para a sua implementação, uma vez que o Plano não se encontra validado pelo Conselho de Ministros e não foi disseminado.

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP contou com o apoio participativo dos técnicos nacionais, da participação ativa das DRS mas também recorreu a assistência técnica (três assistências técnicas (AT), duas nacionais e uma internacional) e apoio financeiro dos organismos e agencias internacionais parceiras, nomeadamente da UE através da OMS. Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do Ministro da Saúde, foram criados (em Abril de 2017), um Comité de Pilotagem (CP) e uma Comissão Técnica de Seguimento (CTS) (16).

##### ***Grau da Implementação das estratégias do PNDS III***

O governo devia definir a implementação dos planos estratégicos da saúde. No exercício de influência, através da regulação e da advocacia, o MINSAP deve orientar o trabalho e supervisionar o desenvolvimento das ações de saúde de uma nação, em nome do governo (46) .

## DISCUSSÃO

Embora, tenha havido esforço para aumentar a coordenação entre os parceiros de desenvolvimento no sector da saúde – BM, FG, UE, Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI), OMS, UNICEF, PNUD e outros, a presença de vários atores criou duplicação na prestação de serviços e programas verticais (como Malária, VIH e Tuberculose). Desde 2016, o Banco Mundial, o PNUD, a UNICEF e a UE lideram esforços para estabelecer um mecanismo de coordenação do sector da saúde para reduzir a fragmentação do sector (16).

Além da implementação do PNDS, o governo deveria acompanhar e monitorizar e seguimento para garantir a realização das atividades planeadas e a sua execução de forma apropriada (47). Deve haver um sistema de monitoria e avaliação para deteção de mudanças e realização de correções que possam ser necessárias na disponibilidade de serviços, na sua cobertura, em matérias de recursos humanos, financiamento, sistemas de informação, liderança e a governação, para melhorar do desempenho do sistemas aos níveis regional e local.

### *Influência dos parceiros internacionais*

Em relação ao compromisso, os parceiros nacionais e internacionais têm um papel fundamental no financiamento para o desenvolvimento do sistema de saúde e estão a cumprir os seus compromissos de apoiar o MINSAP. Porém, os atuais recursos disponibilizados nem sempre são adequados para a implementação das estratégias previstas no PNDS III.

Os parceiros nacionais, internacionais, multilaterais, bilaterais, ONG, entre outros, têm apoiado o sector da saúde da RGB de forma pouco articulada entre si e com o MINSAP (48).

À margem do PES, as ONG intervêm sobretudo ao nível da educação e da saúde nas comunidades, quer implementando os seus próprios projetos quer os de grandes entidades financiadoras (49).

Em 2008 existiam 16 ONG com projetos na saúde, sobretudo nas zonas mais periféricas do país, atuando com base em protocolos e parcerias com o MINSAP (50).

Num inquérito feito recentemente, identificaram-se dezenas de organizações ativas no país com um forte empenho na área de saúde comunitária e saneamento básico.

O relacionamento com os parceiros precisa de atenção, tanto destes como do Governo, nomeadamente para desenvolver oportunidades para reforçar a responsabilização mútua, aumentar a previsibilidade da cooperação para o desenvolvimento e garantir a sua sustentabilidade, diminuir a dependência do estrangeiro para evacuação de doentes, apoiar os sistemas de gestão de financiamento públicos e desenvolver os sistemas nacionais de aquisições e abastecimento, contribuindo para o ODS 17 fortalecer os meios de implementar e revitalizar a parceria global para desenvolvimento sustentável (51).

### *A influência do contexto político na implementação de estratégias em saúde*

A situação da RGB enquadra o referido para Estados frágeis (52). A fragilidade do seu sistema de saúde tem sido uma referência em cenários de instabilidade política. A OMS alerta para o facto de o planeamento e a formulação de políticas em contextos frágeis imporem desafios complexos que exigem abordagens inovadoras. O subfinanciamento e a má gestão do sector da saúde caracterizam os ambientes frágeis, prejudicando a duração e a intensidade das crises no sistema de saúde, nomeadamente a legitimidade e a capacidade da liderança governamental (53).

Na abordagem sobre a fragilidade do sistema de saúde, consta a-se que o PNDS III não está a ser implementado ao nível regional e local, devido a situações de contexto político. A situação sociopolítica do país não ajuda à eficácia da implementação das estratégias do plano (53).

O plano estratégico operacional “Terra Ranka” reconhece a existência de um sistema de saúde precário, necessitando de melhoria ao nível das infra-estruturas e da qualificação de técnicos de saúde (19).

Segundo dados das Contas Nacionais de Saúde 2011(54), o pagamento direto das famílias no sistema nacional de saúde é praticamente integral - cerca de 92% dos gastos são assumidos pelas famílias e pelo Estado apenas cerca de 8%. Como referido, o Parlamento ficou bloqueado quase dois anos, não havendo assim a aprovação o OGE,

## DISCUSSÃO

devido a instabilidade política constantes mudanças do Governo, Ministros da Saúde Pública, inclusive Diretores de Sistema de Saúde.

De referir que a instabilidade política da Guiné-Bissau enquadra num contexto muito específico, que o distingue dos outros países: a promiscuidade entre o poder político e poder militar, luta pelo controlo da única fonte dos recursos o Estado, desorganização das instituições pública, elevada taxa de pobreza, desigualdade social, ausência das leis e responsabilidade, narcotráfico e a baixa taxa de escolaridade a nível nacional, proporcionaram uma cultura de ódio, de intolerância com contornos políticos e sociais crónicas. (44)

### *Algumas reflexões*

O planeamento e avaliação em saúde têm evoluído ao longo das décadas, impulsionado por diversas motivações. A história mostra evolução de acordo com o paradigma de gestão em saúde prevalente a cada momento, constituindo os processos de planeamento em saúde uma parte integrante do esforço para fortalecer a governação em saúde (48).

De acordo com análise de alguns documentos e entrevistas realizadas, temos a convicção de que o processo da implementação das estratégias deve ser inserido na agenda política de Governo, para assumir a liderança e coordenação do plano, comparando com os outros países da África da Língua Oficial Português (PALOP), concretamente Cabo Verde (55), Angola (56), e do São Tomé Príncipe (57).

Verificou-se que o processo de elaboração do PNDS III, todos referiram que o documento foi pensado para produzir uma nova estratégia nacional no sector da saúde, tendo a sua redação sido assente em dados de avaliação da implementação do PNDS anterior e em dados de contextualização da situação atual do sistema nacional de saúde no país vivida. Porém a aplicação do documento estratégico tem componente forte política, governativa e liderança do processo, sendo que o novo plano espelha um alinhamento com as diretrizes internacionais para a saúde e com as estratégias dos parceiros financeiros (58).

Tendo em conta que se verifica que os programas verticais estão incluídos assim como todos os programas prioritários, os financiadores destes programas vão encontrar no PNDS razão para a sua cooperação pois trouxeram-se os programas para dentro do PNDS. A UE, o BM e outros financiadores têm participado no processo de planeamento e na tomada de decisão, e houve uma tentativa de ajuste das agendas dos financiadores e do Governo (59).

O PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se porém relevante referir que documentos estratégicos em nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores (60).

## **DISCUSSÃO**

### **5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Para a elaboração do presente trabalho, foi feita a solicitação da aprovação do protocolo ao Comité Nacional de Ética em Saúde da Guiné-Bissau e foi apresentado parecer aprovado ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (Anexo IV).

Por falta de recursos financeiros não foi possível envolver todas regiões sanitária, nem todos os administradores do sistema de saúde interessados no EA, que é uma das principais estratégias para a aceitação da avaliação e utilização dos resultados da avaliação.

### 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A realização do presente trabalho contribuí para o conhecimento e divulgação do PNDS III enquanto documento estratégico da Sistema Nacional de Saúde da RGB.

Foi possível analisar o grau da implementação das estratégias definidas no PNDS III aos níveis central, regional e local. A divulgação dos resultados do EA pode permitir a reflexão sobre a implementação do PNDS III e sobre o processo de avaliação de implementação previsto e sua adequabilidade.

Realmente o PNDS III, não foi oficialização pelo Conselho dos Ministros e nem ocorreu a realização da Mesa Redonda interna para garantir apoio financeiro por parte dos parceiros internacionais.

Tendo em conta o período horizonte do ciclo de implementação das estratégias de 2018-2022 o plano pode ser revisto por um período de cinco anos com mesmo objetivos e metas estabelecidas.

O EA realizado indica que o PNDS III está ser implementado parcialmente por três programas prioritários e os restantes programas temáticos, planos estratégicos nacionais, programas e projetos operacionais estão parados por não existir financiamentose por se viverem fortes mudanças cíclicas dos líderes do MINSAP, demonstrando a fragilidade do sistema de saúde e a instabilidades política que se vive na RGB.

A ausência de uma liderança de coordenação, com mandato claro e capacidade de execução, foi identificada neste EA como uma das maiores barreiras à implementação do PNDS III.

Adaptar a execução do PNDS a cenários de menor disponibilidade de recursos; manter o diálogo político com os parceiros ao nível setorial de modo a advogar a atribuição adicional dos recursos, promover o uso eficiente dos recursos alocados, desenvolver a estratégias de financiamento são algumas sugestões que podemos sublinhar. Aprofundando cenários de promoção da implementação do PNDS III, podemos ainda referir a importância de fortalecer o sistema de gestão financeira e promover a transparência e apresentação de contas para atrair os recursos financeiros para o setor de saúde. Para além disto, deverá ser reforçado o compromisso do Governo em combater a

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

corrupção no sistema de saúde, fortalecer o procedimento de auditoria e monitoria/seguimento/avaliação.

A principal conclusão do estudo é que no momento da realização desta investigação, de acordo com os dados obtidos no EA realizado, não se verificam condições para realizar a prevista avaliação intercalar do PNDS III em 2020. Isto deve-se ao facto de não estarem a ser implementadas as estratégias previstas. Na melhor das hipóteses, poder-se-á proceder a uma avaliação intercalar da implementação dos três programas prioritários em cursos, envolvendo os parceiros financiadores.

Para que esta situação possa ser revertida, estamos convictos da necessidade de oficialização do documento de PNDS III pelo Conselho dos Ministros e da realização da Mesa Redonda interna para mobilização dos recursos financeiros com apoio dos parceiros internacionais e tradicionais, bem como da necessidade de divulgação do PNDS III em todos níveis de prestação de cuidados de saúde.

Não fosse o referido e descrito, cenário de instabilidade o Governo deveria liderar todas as políticas, planos e programas do sistema de saúde para fortalecimento do processo da implementação, monitorização e seguimento/avaliação, formação dos profissionais do sistema de saúde e gestores/administrativos.

Com o presente trabalho podemos reflectir sobre a possibilidade de o Ministerio de saúde dar autonomia aos quadros guineense para reflectir sobre os grandes obstáculos a implementação dos planos e programas, quem sabe abrindo portas a alguma autonomia de gestão que permita a continuidade dos programas apesar da instabilidade governativa.

O PNDS deverá então ser adotado em todo território nacional, posto em prática por equipas multidisciplinares ajustadas à necessidade das populações, estruturadas de acordo com os princípios parceiros estipulados na implementação das estratégias. Os diretores regionais deverão ter competências de coordenação e articulação, na sua área de responsabilidade, com as estruturas de saúde, rede social no âmbito das regiões e do sector.

Os desafios são aqueles que já tantos vêm referindo para a RGB: garantir condições suficientes para que as diferentes equipas possam desempenhar as suas funções de forma efetiva, ultrapassando os obstáculos repetidamente identificados nas diversas

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

avaliações do PNDS, mobilizar as lideranças locais para a inovação, bem como desenvolver novos dispositivos e instrumentos de gestão, informação e comunicação.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suande Camará, Braima Manafá. Estatísticas da Guiné-Bissau, Instituto Nacional de Estatística. 2014.
2. Guine-Bissau. Guiné-Bissau (<http://www.stat-guinebissau.com/> consultado a 13 de Fevereiro de 2017). 2017.
3. Lopes. PNDS II. 1983.
4. Ministério da Educação Nacional RGB. Situação do Sistema Educativo Para Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. 2015.
5. Adulai Gomes. Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau correspondem aos distritos sanitários de outros países africanos. 2007.
6. Isabel Loureiro L, Reto NM, Pinheiro A, Reto NM, Pinheiro A. Promover a Saude. Lisboa: Revista; 2000.
7. Silva A P, Ca T, Ferrinha P. Planeamento estratégico na Guiné-Bissau. 1999.
8. Sà Guerreiro C, Ferrinho P, Ca T. Planeamento Estratégico no Setor da Saúde da Guiné-Bissau: Evolução, influências e processos. Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal; 2017.
9. Fronteira I, Ferrinho F,. Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2007. 2007.
10. Guerreiro C, Ferrinha P, Hartz ZM. Planeamento Estratégico no Setor da Saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. 2018.
11. Ministério de Saúde da Guiné-Bissau. Política Nacional de Saude da Guiné-Bissau. 1993.
12. Ministerio da Saude Publica. Política Nacional de Saude. Ministerio de Saude da Guiné-Bissau; 1993.
13. Ministerio de Saude da Guiné-Bissau. PNDS. 1997.
14. Ministério de Saúde da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I. 1998.
15. Ministério de Saúde da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario II . 2017.
16. Ministério de Saúde da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario III. 2018.
17. MINSAP Guiné-Bissa. Documento de Estrategia Naciona de Redução da pobreza I . 2006.
18. MINSAP Guiné-Bissa. Documento de Estrategia Nacional de Redução da Pobreza II. 2011.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

19. Republica da Guine-Bissau. Plano Estrategico Operacional do Governo "Terra Ranka" . 2015.
20. HARTZ, ZM de A. Avaliacao em Saude: Modelos conceituais a pratica na analise da implantacao de programas. 2019.
21. Hartz ZM de A, Silva LMV da. Avaliação Em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática Na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 2019.
22. HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997.
23. Hartz ZM de A. Avaliacao em saude: dos modelos conceituais a pratica na analise da implantacao de programas. 2019.
24. Trevisan MS,, Walser TM. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. Publications. 2015.
25. Wholey J. Novas Orietações para avaliação do Programa. Vol. 1987. 33;
26. Afonso M.M. Analise da Avaliabilidade. Revista e atualizacao; 2000.; 2016.
27. Peersman et al,. Avaliação em Saude. 2015.
28. Leviton LC, Khan LK, Rog D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. 2010.
29. Sanou A, Kouyaté B,Bbeau G, Nguyen VK. Evaluability Assessment of an immunization improvement strategy in rural Burkina Fasso. 2011.
30. Wholey JS. Practical program evaluation. San Francisco; 2010.
31. Correia PCI, Goulart PM,. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). 2017.
32. Afonso M M. Análise da avaliabilidade Determinar a viabilidade de uma avaliação a um projeto ou programa. N. 2; 2016.
33. hartz,ZMA. Desenvolvimento de modelos para avaliação das redes de conhecimento: 2016.
34. Sa Guerreiro C, Ferrinho P, HARTZ, ZMA. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. 2018.
35. Flick Uwe. Desenho da Pesquisa Qualitativa. 2009. (ii serie).
36. Flick Uwe. Metodo de Pesquisa. 2013. 256 p.
37. Marconi, Latos. Avaliação da aprendizagem. 2007;
38. Flick. Metodologia da Pesquisa Qualitativa. 2008;
39. Gil. Metodologia de Pesquisa. 2010;

40. Gabbay M, Paulo R. Tipos de Revisão de Literatura. 2003.
41. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
42. Afonso M M. Análise da avaliabilidade. GAA/ Camões, I.P.; 2016.
43. Sá-Guerreiro C, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau: Evolução das Estruturas e Processos num Estado Frágil. Acta Médica Port. 28 de Dezembro de 2018;31(12):742.
44. Costa, Paulo António da. Instabilidade Política na Guiné-Bissau. 2019.
45. Guerreiro Catia Sa, Ferrinha Paulo, Hartz Zulmira. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. 2018.
46. Menezes GM. Saude da Familia na Guine-Bissau Estudo da Implementação. 2004.
47. MINSAP Guiné-Bissa. Avaliação Final do PNDS 2012-2016. 2017 Mai.
48. Ferrinho P, Fortunado P. Avaliação em Saude IHMT. 2016;
49. Filipa Maria Brum da Silva Marques Dias. O Modelo de Financiamento das unidades de saúde. 2018.
50. Silva A P, Ca T, Ferrinho P. Planeamento Estrategico no setor da saude da Guine-Bissau:evolucao. 2017;
51. Organização Mundial de Saúde. Health Systems: Improving Performance. 2000.
52. Sa Guerreiro C. Sistema de Saúde num Estado Frágil: Guiné-Bissau. 2019.
53. Republica da Guine-Bissau. Prioridades nacionais de pesquisa para saúde na Guiné-Bissau (INASA). 2013.
54. Organização Mundial de Saude. Resultados contas de Saúde Guiné-Bissau. 2011.
55. Ministério de Cabo- Verde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario de Saude. 2012.
56. Ministério da Saúde de Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario. 2012.
57. Ministério da Saúde de São Tomé Pricipe. Plano Nacional de Desenvolvimento de Saúde. 2017.
58. Catia Sa Guerreiro, Philip JH. Caderno de Estudo Africano. 20 de Setembro de 2018;239–64.
59. Guirrero Catia Sa, Paulo Ferrinho, Zulmira Maria de Araújo Hartz. Avaliação em saúde na República da GuinéBissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. 2018;42.
60. Ministério de Economia do Plano e da Integração Regional. Mortalidade. Instituto Nacional de Estatistica da Guiné-Bissau; 2008 2009.



## **8. ANEXOS**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO  
EM INVESTIGAÇÃO

GUIÃO DA ENTREVISTA DO NÍVEL CENTRAL, PROGRAMAS E NÍVEL  
REGIONAL

GUIÃO DA ENTREVISTA AO NÍVEL LOCAL COM RESPONSÁVEIS DAS ÁREAS  
SANITÁRIAS DO SETOR AUTÓNIMO DE BISSAU. (GRUPO FOCAL)

PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Declaro ter sido informado(a) do enquadramento e objetivos do estudo "Contribuir para o Fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde da Republica da Guiné Bissau, através de uma Analise Aprofundada da Implementação do Planeamento e Estratégia em Saúde".

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a gravação áudio da entrevista a que serei submetido (a), bem como a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, possibilitando as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador. O uso da entrevista levará alguns quinze-trinta minutos, caso autorize.

Nome:-----

Assinatura:

-----

Data: ..... / ..... / .....

**GUIÃO DA ENTREVISTA DO NÍVEL CENTRAL, PROGRAMAS E  
NÍVEL REGIONAL**

**Dados do Entrevistado**

Nome: -----

Idade: -----Anos de Idade

Sexo: Masculino----- Feminino-----

Função atual:-----

Nível Académico:-----

Contactos: -----/----- Email-----

1. Conhece o PNDS-III? Se sim como? Se não por que razão?
2. A estratégia está a ser implementada de acordo com a orientação preconizada pelo PNDS-III aos todos níveis? Como?
3. Os parceiros estabelecidos são efectivos? Se sim, como? Se não, por que Razão?
4. Como funciona o ciclo da implementação do PNDS-III?
5. Os recursos para a implementação são adequados? Se sim, como? Se não, por que razão?
6. Qual é o papel dos parceiros na implementação do PNDS-III?

7. Os financiadores envolvidos no processo tem cumprido os seus compromissos? E Guiné-Bissau tem agido de acordo com o compromisso assumido?
8. Existe o mecanismo da avaliação anual da implementação?
9. Quais são as lacunas na implementação do PNDS- III até ao momento presente?
10. Quais são as sugestões para melhoria?

#### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA LIDERES DO SISTEMA DE SAÚDE



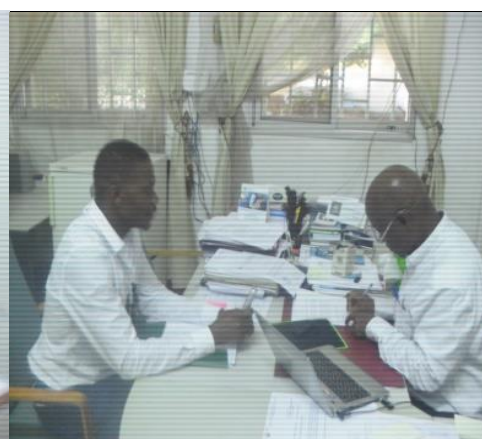
**Fontes:** *MINSAP/CGPNDS*



**Fontes:** *MINSAP/CGPNDS*



**Fontes***MINSAP/DGASS*



**Fontes:** *MINSAP/DGPPS*

## GUIÃO DA ENTREVISTA AO NÍVEL LOCAL COM RESPONSÁVEIS DAS ÁREAS SANITÁRIAS DO SETOR AUTÓNIMO DE BISSAU. (GRUPO FOCAL)

### Dados do Entrevistado

Nome: -----

Idade: -----Anos de Idade

Sexo: Masculino----- Feminino-----

Função atual:-----

Nível Académico:-----

Contactos: -----/----- Email-----

- I. Conhece o PNDS? Como tomou o conhecimento?
- II. Fale-me PNDS-III, enquanto o mais recente documento de planificação em saúde na Guiné-Bissau?
- III. Qual é o nível de conhecimento da população sobre PNDS-III?
- IV. Qual é o papel de Ministério de Saúde na implementação do PNDS-III?
- V. População está a receber o serviço de acordo preconizado do PNDS-III?
- VI. Quais são as lacunas na implementação do PNDS- III até ao momento presente?

VII. Quais são as sugestões para melhoria do PNDS-III?

**IMAGEM DE RESPONSÁVEIS DA ÁREA SANITÁRIA DO SECTOR AUTÓNIMO DE BISSAU (RAS)**



**Fontes: RAS/ SAB**

### Comité Nacional de Ética na Saúde

Nº Refª 040/CNES/INASA/2019

Bissau, 30 de Setembro de 2019

Ao Sr.  
Enf.º Adama Djata  
[adao2011noma@hotmail.com](mailto:adao2011noma@hotmail.com)  
TM Lisboa: +351 920 586 288  
TM Bissau: +245 956 474 054  
Bissau, Guiné-Bissau

**ASSUNTO:** Aprovação do Protocolo de Pesquisa

Com os melhores cumprimentos.

O Comité Nacional de Ética em Saúde (CNES) reunido na sua quinta sessão ordinária no dia 27 de Setembro de 2019, analisou um protocolo do estudo sob o título "Estudo de avaliabilidade da Implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário da Guiné-Bissau de 2018-2022 (PNDS-III) enquanto Estratégia da Política Nacional de Saúde", que lhe foi re-submetido para apreciação e deliberação.

Para a primeira aprovação do protocolo, o coletivo havia solicitado ao responsável do estudo que procedera algumas correções do protocolo original submetido que, cumprido na íntegra o CNES deu por aprovado.

Ainda assim, o coletivo adverte ao responsável do estudo que espera receber as informações preliminares (seguimento na base de relatórios) sobre o evoluir da implementação do protocolo de pesquisa ora validado.

Aceite os protestos da nossa elevada consideração.

1º Presidente  
  
Dr. Cunhate Na Bangna  
Secretário Permanente