



UE-PIMI

Programa integrado para a redução
da mortalidade materna e infantil



“Contexto Histórico da Saúde Comunitária na Guiné-Bissau”

Preletor: Jarl Chabot – Médico Saúde Pública
/Consultor

Moderador: René Dubbeldam - AT PIMI II



O programa nacional de saúde comunitária começou em 1977: “SAÚDE DE BASE”

- Estes slides são dedicados ao inspirador e visionário do sistema de saúde primária em Guiné Bissau, **Dr. Manuel Boal**, antigo Secretário Geral do MINSAP.
- Boal foi inspirado pela **Luta de Libertação** da Guiné-Bissau. Baseando-se nos contactos dele com as comunidades rurais, estava convencido que uma **participação comunitária** ativa é essencial para melhorar a saúde no país.
 - *“Não se pode deixar de valorizar, e com vénia, a dedicação, o empenho e a solidariedade de todos, quantos se prestaram a esse esforço, sem salários nem qualquer tipo de compensação!”*



Socorristas num posto sanitário simples e móvel aquando de ameaças de bombardeamento aéreo.



‘A Community Health Project in Africa’ (1984); *Teaching Aids at Low Cost (TALC)*, Londres



‘PHC IS NOT CHEAP’ (Chabot et al, 1987), Estudo da experiência da Guiné Bissau (1)

Características da saúde de base / saúde comunitária no passado:

- Abordagem de **‘Learning Process’** (David Korten) – evitar modelos preconcebidos (blue prints) das experiências
- Assegurar uma **certa autonomia** das comunidades; contribuições para medicamentos com ABOTA (esquema comunitária de pré-pagamento)
- **Capacitar muitos agentes** de saúde comunitários e parteiras tradicionais; carga de trabalho limitado – voluntariado, sem prémios, ações curativas e preventivas, possibilidades para ASC analfabéticos, sistema de referência (entre casas de saúde e as unidades sanitárias do sistema formal);
- **Monitorização** da eficácia com: relatórios bianuais, indicadores: no. Consultas, nascimentos, óbitos

[Referência: **Jarl Chabot & Catriona Waddington**, 1987. Primary Health Care is not cheap, a case study from Guinea Bissau. International Journal of Health Services, Vol 17, No 3.]



‘PHC IS NOT CHEAP’ (Chabot et al, 1987), Estudo da experiência da Guiné Bissau (2)

Custos e confiança:

- **Custos elevados** para Governo e parceiros: investimentos US\$ 10 p.cap.ano); custos recorrentes: US\$ 5 p.cap.ano)
- Custos elevados para as comunidades: investimentos: US\$ 2 p.cap.ano; custos recorrentes: US\$ 5 p.ca.ano.
- **Custos totais** (Governo, parceiros, Comunidades): investimentos: US\$ 12 p.cap.ano; custos recorrentes: US\$ 7 p.ca.ano).
- As comunidades participaram com 66% (!) de todos os custos. Contudo, houve uma **grande aceitação** – contribuições em mão de obra ++, confiança no governo.

[Referência: **Jarl Chabot & Catriona Waddington**, 1987. Primary Health Care is not cheap, a case study from Guinea Bissau. International Journal of Health Services, Vol 17, No 3.]



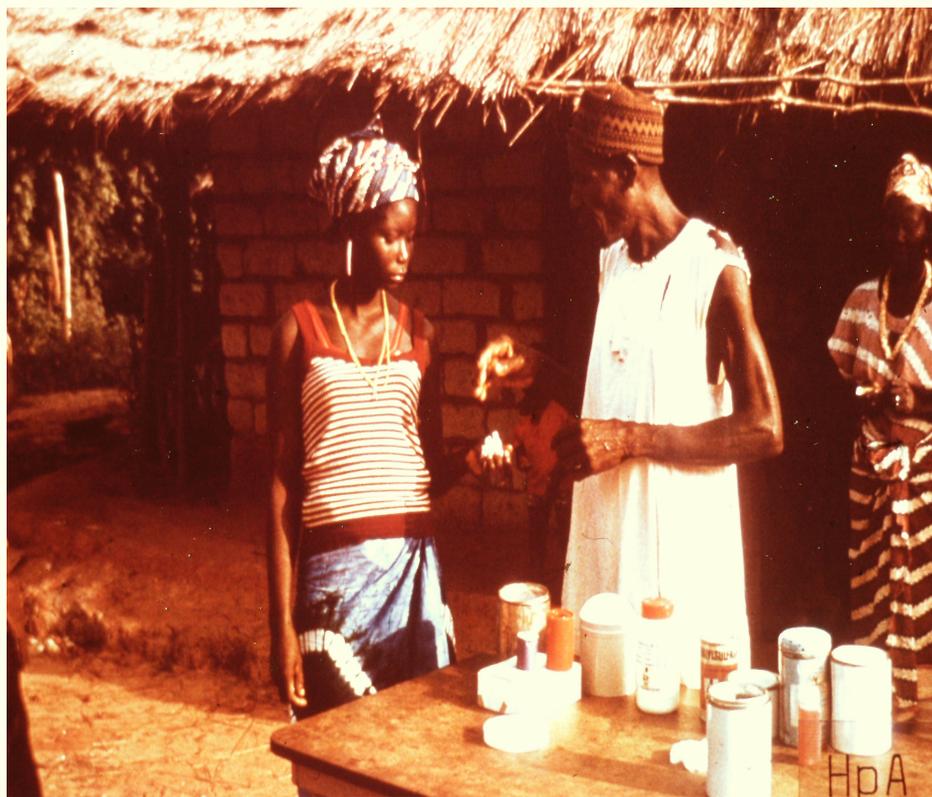
“*Abota*” – sistema nacional de pre-pagamento national no nível comunitário (1991)

Conclusões da experiência da GB (comentários da OMS – Prof. Monekosso, Dir. Afro):

- Sistema pode ser **viável**. **2 condições**:
 - (i) **Autonomia** das comunidades sobre o uso das receitas e sobre os procedimentos da recolha das receitas;
 - (ii) **Governo garante** um abastecimento adequado de **medicamentos** essenciais com bons preços e assegura uma **posição clara dos ASC** no sistema nacional da saúde (incluindo o sistema de referência).
- A **confiança** entre o Governo e as comunidades **é essencial** para qualquer sistema de pré-pagamento. Riscos: roturas de stocks de ME, baixos salários do pessoal de saúde, sistema de referência pouco funcional; ...
- Recuperação dos custos através **pagamento direto** para serviços (ex. Iniciativa de Bamako pode dar uma solução imediata, mas seria menos equitativa, sustentável, participativa. Um tal sistema seria imposto, sem discussão.



Mais algumas imagens, por TALC, Londres



Assuntos estratégicos atuais – há lições pertinentes do passado?? - para discussão – (1)

- Considerar o **restabelecimento** dos sistemas tradicionais / comunitárias de pré-pagamento (**Abota v.2** ?). Estimular **apropriação**.
- **Fortalecer a gestão comunitária**, com **comités de saúde**, apoio ao gestão (planos simples de saúde comunitária, instrumentos simples de contabilidade, etc.)
- Promover uma certa **autonomia** das comunidades na gestão (p.ex. definir o papel das comunidades na decisão sobre o uso de receitas)
- **Simplificar** sistemas de monitoria
- Promover a **sustentabilidade** do Sistema da saúde comunitária, diminuindo a dependência financeira dos parceiros (p.ex. Nos custos recorrentes, pagamento dos ASC...)



Assuntos estratégicos atuais – há lições pertinentes do passado?? - para discussão – (2)

- Redefinir o **perfil dos ASC**, como membros reconhecidos pelas comunidades;
- Redefinir o **pacote dos serviços**, em função dos recursos disponíveis ao longo prazo, das prioridades de saúde pública;
- **Adaptar** o sistema da saúde comunitária nas **zonas rurais** e nas **zonas urbanas**



Referências

- **Manuel Boal**, Outubro 2019. O Sector da Saúde na Luta de Libertação da Guiné-Bissau. Esquerda, Dossier 63608.
- **Jarl Chabot & Catriona Waddington**, 1987. Primary Health Care is not cheap, a case study from Guinea Bissau. International Journal of Health Services, Vol 17, No 3.
- **Jarl Chabot, Manuel Boal and Augusto da Silva**, 1991. National Community Health Insurance at village level: the case from Guinea Bissau. Health Policy and Planning, Vol 6 (1): 46-54.
- **Jarl Chabot, David Morley and Felicity Savage-King**, 1984. A community Health Project in Africa; Teaching Aids at Low Cost, (TALC), Institute of Child Health, London.



Obrigado





UM PROGRAMA DA UNIÃO EUROPEIA



ASSISTÊNCIA TÉCNICA PIMI II:



APOIO:

