



UM PROGRAMA DA UNIÃO EUROPEIA

PIMI - PROGRAMA INTEGRADO PARA A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL



FÓRUM NACIONAL

A SAÚDE MATERNA E INFANTIL NA GUINÉ-BISSAU

24 E 25 DE MARÇO DE 2021

Prof. Dr. Fernando Cupertino MD, MSc, MA, PhD
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Brasília, Brasil

fernando.cupertino@conass.org.br

Políticas e Sustentabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau

Considerações preliminares:

Política: “[...] orientação ou a atitude de um governo em relação a certos assuntos e problemas de interesse público.”

Sustentabilidade: “é uma característica ou condição de um processo ou de um sistema que permite a sua permanência, em certo nível, por um determinado prazo.”

Sistema de Saúde: “uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visa oferecer serviços de saúde para uma população.” (1,2)

Políticas e Sustentabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau

Elementos indispensáveis:

- Definição política do direito à saúde e da conformação do sistema de saúde, derivadas de um projeto de sociedade;
- Financiamento estável e suficiente;
- Estabilidade governativa;
- Capital humano suficiente em número e qualidade
- Planejamento, organização e estrutura material

Políticas e Sustentabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau

Dificuldades mais comumente encontradas:

- Instabilidade político-administrativa;
- Corrupção;
- Financiamento instável/insuficiente;
- Insuficiência de capital humano para a governação e operacionalização;
- Ausência/insuficiência de planeamento, de organização e de estrutura material;
- Parcerias desalinhadas
- Inexistência ou falta de efetividade de políticas de combate às desigualdades.



PRIMARY HEALTH CARE
USSR-ALMA-ATA 1978

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

Presentes 134 países e 67 organismos internacionais



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978



O que propunha:

- A instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar, com o envolvimento de médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como com a participação social na gestão e no controlo das suas atividades;
- A adoção de ações mínimas necessárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários nos diversos países: educação para a saúde, voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; vacinação; prevenção e controlo de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e, por último, fornecimento de medicamentos essenciais.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978



PRIMARY HEALTH CARE
USSR-ALMA-ATA 1978

- **A necessidade de sistemas de saúde universais**, isto é, concebe a saúde como um **direito humano**;
- **Cuidados de saúde primários**: *cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante, quer do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quer do desenvolvimento social e económico da sociedade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas habitam e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (3)*

CONFERÊNCIA DE ASTANA 25 E 26 DE OUTUBRO DE 2018


- *The Lancet*, na altura, publicou uma edição especial dedicada aos cuidados de saúde primários, destacando que *os cuidados de saúde primários fortes, enraizados na participação e ação da comunidade, são a base de todo o sistema de saúde, e nenhum país pode alcançar saúde para todos sem eles.*
- ***Os cuidados de saúde primários estão em crise.*** Ou seja, há enormes desafios a serem enfrentados, pois no primeiro nível de atenção à saúde, estes cuidados estão subdesenvolvidos em muitos países, subfinanciados noutros e enfrentam uma grande missão de recrutamento e retenção da sua força de trabalho. Metade da população mundial não tem acesso aos serviços de saúde essenciais. (4)
- ***Investir em cuidados de saúde primários*** através de quatro plataformas (cuidados de base comunitária, centros de saúde, hospitais de primeiro nível e intervenções de base populacional) é uma das mensagens da Comissão Lancet sobre “Investir na Saúde”. (4)

A importância de se considerar o contexto



World Health Organization
Country Cooperation Strategy
at a glance

Guinea-Bissau



<http://www.who.int/countryinfo/>

HEALTH SITUATION

The epidemiological profile is still predominantly characterized by communicable diseases, an increase in noncommunicable diseases and the emergence of new diseases, exacerbated by unfavourable geographical conditions, widespread risk behaviours such as tobacco, alcohol and drug use, unsafe sexual practices, an unbalanced diet and rituals. This profile is also made worse by an underperforming health system that is unable to satisfy the needs of the population. The result is high maternal mortality of 89 % (multiple indicator cluster survey (MICS) 2014) caused principally by neonatal complications (23%), acute kidney failure (23%), malaria (21%), diarrhoeal diseases (19%) and malnutrition (33%).

The total fertility index is 4.9 children per woman of childbearing age (15-49). The fertility rate is 106‰ among 15-19 year olds (MICS 2014) given that women tend to have children early and continue until relatively late in life. The causes are early marriage and early sexual relations, especially among girls, and the low rate of contraceptive use. Female genital mutilation affects 44.9% of women (MICS 2014). According to the same survey, 41.8% of women approved of violence by their partners.

HEALTH POLICIES AND SYSTEMS

The health system is divided into three levels with 11 regions and 114 health districts. It includes the pharmaceutical sector, which is itself divided into a public and a private sector (for-profit and nonprofit). Given the complexity of the health sector, the Ministry of Health has drawn up a strategic plan for the socioeconomic determinants that brings together all development sectors, and is pursuing awareness-raising activities to ensure that all sectors get more involved.

The health information system which accompanies the plan is compromised by a shortage of competent data management specialists. The inclusion of data from the for-profit private-sector data is still limited. Steps are being taken to improve the management and quality of the data.

Under the Second National Health Development Plan (2008-2017), the authorities are endeavouring to build a health system capable of offering comprehensive, integrated care for the entire population. However, the reduction in resources following the withdrawal of the principal donors after the coup d'état of April 2012 is a problem. The Government that took power after the elections in 2014 has negotiated an ambitious programme covering the health sector in a round table exercise; but this is threatened by the ongoing political crises have affected state institutions since 2015.

In the area of human resources for health, the ratio of health workers to 1000 of population has increased. But there is still imbalance between regions and health facilities, and also within health facilities. This shortcoming also has an adverse impact on programme management. Opportunities for the recruitment of recently trained personnel are limited. The degree of user satisfaction regarding the quality of the health services offered still needs to be evaluated.

Health financing depends principally on external aid, which accounts for more than 70% of the budget. The state's contribution is limited to payment of salaries and other minor expenditures. Community funding is limited to out-of-pocket payment for treatment, which does not go far towards satisfaction of needs.

Community involvement in decision-making is hampered by organizational difficulties. The state is currently organizing a system whereby 50 families are put under the responsibility of a community health worker to facilitate the introduction of 16 hygiene practices in families. This structure will probably be unsustainable for want of funding.

COOPERATION FOR HEALTH

The Government has developed a National Strategic and Operational Plan for the period 2015-2020 and is organizing a round table to mobilize funds. It has developed legislation, policies and strategies to respond to public needs, for example through elections of local authorities, promotion of local governance and economic development. It is also a member of a number of international organizations. The economy, based on agriculture, has a weak resource base. According to the 2015 Human Development Report, Guinea-Bissau ranks 178th out of 188 countries; the human development index is 0.526. Income levels are low, with 33% of the population living on less than US\$ 1 a day. The wage share of the economy accounts for 67.4% of tax revenues (2013). Public investment has fallen and arrears have increased. The current political situation augurs well for a more harmonious development environment and the return of development partners, thus making it possible to honour the commitment made at Abuja to devote 15% of the budget to health. Under the H4+ initiative, health care has been made available free of charge to pregnant women and children under 5 since May 2015.

Guinea-Bissau's strengths include the existence of mechanisms to improve the management of incoming funds from different sources, a Health Sector Coordination Committee (CCS), membership of international health initiatives (IHP+, IHA, I4+), and subsidies to support investment in the health system (Ebola, Global Fund, GAV).

WHO region	Africa
World Bank income group	Low-income
CURRENT HEALTH INDICATORS	
Total population in thousands (2015)	1844.1
% Population under 15 (2015)	40.4
% Population over 65 (2015)	5.3
Life expectancy at birth (2015)	58.9 (Both sexes) 60.5 (Female) 57.2 (Male)
Neonatal mortality rate per 1000 live births (2015)	39.7 [28.0-54.8]
Under-five mortality rate per 1000 live births (2015)	92.5 [68.9-120.8]
Maternal mortality ratio per 100 000 live births (2015)	549 [273 - 1 090]
% DTP3 immunization coverage among 1-year-olds (2014)	80
% Births attended by skilled health workers (2014)	45.0
Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life (%) (2010)	38
Density of physicians per 1000 population (2009)	0.07
Density of nurses and midwives per 1000 population (2009)	0.585
Total expenditure on health as % of GDP (2014)	5.8
General government expenditure on health as % of total government expenditure (2014)	7.4
Private expenditure on health as % of total expenditure on health (2014)	79.5
Adult (15+) literacy rate total (2007-2012)	55
Population using improved drinking-water sources (%) (2015)	79.3 (Total) 60.3 (Rural) 98.8 (Urban)
Population using improved sanitation facilities (%) (2015)	33.5 (Urban) 20.8 (Total) 8.5 (Rural)
Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	
Gender Inequality Index rank out of 155 countries (2014)	
Human Development Index rank out of 188 countries (2014)	178

Sources of data:
 Global Health Observatory May 2016
<http://apps.who.int/ghodata/node>

Life expectancy at birth (2015)	58.9 (Both sexes) 60.5 (Female) 57.2 (Male)
Neonatal mortality rate per 1000 live births (2015)	39.7 [28.0-54.9]
Under-five mortality rate per 1000 live births (2015)	92.5 [68.9-120.8]
Maternal mortality ratio per 100 000 live births (2015)	549 [273 - 1 090]
% DTP3 immunization coverage among 1-year-olds (2014)	80
% Births attended by skilled health workers (2014)	45.0
Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life (%) (2010)	38
Density of physicians per 1000 population (2009)	0.07
Density of nurses and midwives per 1000 population (2009)	0.585
Total expenditure on health as % of GDP (2014)	5.6
General government expenditure on health as % of total government expenditure (2014)	7.8
Private expenditure on health as % of total expenditure on health (2014)	79.5
Adult (15+) literacy rate total (2007-2012)	55
Population using improved drinking-water sources (%) (2015)	79.3 (Total) 60.3 (Rural) 98.8 (Urban)
Population using improved sanitation facilities (%) (2015)	33.5 (Urban) 20.8 (Total) 8.5 (Rural)
Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	
Gender Inequality Index rank out of 155 countries (2014)	
Human Development Index rank out of 188 countries (2014)	178

Sources of data:
 Global Health Observatory May 2016
<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

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

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

(5) Guerreiro C, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. An Inst Hig Med Trop 2017; 16 (Supl.1): S55-S68

COMISSÃO TEMÁTICA DA SAÚDE E DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DOS OBSERVADORES CONSULTIVOS DA CPLP

PLANO DE TRABALHO PARA O BIÊNIO 2019-2020

Desafios dos CSP da Guiné-Bissau podem-se resumir nos seguintes aspetos :

- **Infraestruturas:** exíguas, algumas não apropriadas à prestação dos cuidados. As vias de acesso continuam problemáticas, estando na origem dos atrasos em aceder aos cuidados. assim como na evacuação dos casos complicados para níveis superiores dos cuidados.
- **Recursos humanos:** distribuição desproporcional entre zona rural e urbana, havendo maior concentração nos centros urbanos, limitada progressão na carreira, modalidades de incentivo do pessoal dependente do parceiro.
- **Financiamento:** dependência quase 100% da ajuda externa, iniciativas de recuperação de custos variada dependente do parceiro patrocinador da iniciativa.
- **Governança e Liderança (Funcional) :** dependência dos projetos dos parceiros, ausência de mecanismo de coordenação das intervenções. (6)

Apesar de progressos significativos na redução da mortalidade neonatal, infantil e da criança, relativamente a países comparáveis da África Ocidental, África subsaariana ou países de baixa renda, a RGB tem um desempenho desfavorável na maioria dos indicadores de saúde (MINSAP, 2017), espelhando também as fraquezas do seu Sistema Nacional de Saúde (SNS). (7)

Estão identificados importantes determinantes da realidade sanitária do país (MINSAP,2017), sendo de destacar:

- a deficiente capacidade de governação do sistema de saúde, com graves deficiências em funções como as de definição de políticas e estratégias, mobilização de recursos, inspeção, regulação, coordenação entre ministérios e os níveis central e regional e articulação com os parceiros e as organizações da sociedade civil;
- a débil capacidade de gestão em termos de planificação, implementação, supervisão, manutenção de equipamentos, monitorização e avaliação;
- a insuficiência de financiamento para o sector da saúde e fraqueza do sistema de proteção social, manifestadas tanto na excessiva dependência de pagamentos diretos pelas famílias, como na excessiva dependência dos apoios externos para o funcionamento de rotina (MINSAP, 2017).

A importância de se considerar o contexto



De 2012 a esta parte, o investimento do Estado na saúde flutua significativamente de ano para ano, nunca ultrapassando os 9% do Orçamento Geral de Estado (OGE), muito aquém do acordo de 15% (Gebregziabher & Hansen, 2018; MINSAP, 2017) assumido no âmbito do compromisso de Abuja (WHO, 2001).

Os gastos do Governo com saúde representam apenas 1,9% do PIB, o que é significativamente inferior ao de alguns dos seus pares regionais. Esta situação mantém-se em 2018.

Guerreiro C, Hartz Z, Ferrinho P, Havik P. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde 25 Years of national health policy in the Republic of Guinea-Bissau: Memories of its strategic health planning. *Cadernos de Estudos Africanos*, 2019. 38. 239-264. 10.4000/cea.4619.

Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/339822943_25_Anos_de_Politica_Nacional_de_Saude_na_Republica_da_GuineBissau_Memorias_do_seu_Planeamento_Estrategico_em_Sau_de25_Years_of_national_health_policy_in_the_Republic_of_Guinea-Bissau_Memories_of_its_s



Repositório Institucional UFC / FAMED - Faculdade de Medicina
 / PPGSP - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
 / PPGSP - Dissertações defendidas na UFC

Use este identificador para citar ou linkar para este item:
<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/50670>

Título:	Perfil epidemiológico da mortalidade materna no hospital de referência nacional da Guiné-Bissau : 2013 a 2018
Autor(es):	Mendes, Aminata
Orientador(es):	Carvalho, Francisco Herlânio Costa
Coorientador(es):	Sousa, Maria do Socorro de
Palavras-chave:	Morte Materna Saúde da Mulher Saúde Pública
Data do documento:	20-Fev-2020

Citação: MENDES, A. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no hospital de referência nacional da Guiné-Bissau : 2013 a 2018. 2020. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

Resumo: A mortalidade materna é um fenômeno que afeta diretamente a saúde reprodutiva da mulher e o desenvolvimento social de um país, refletindo a qualidade dos serviços de saúde, entre eles a acessibilidade dos cuidados de saúde disponibilizados, a rede de referenciamento, bem como a qualidade de assistência prestada à mulher. Objetivo: Analisar e descrever as causas e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Hospital Nacional de Referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018. Método: Estudo transversal descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de coleta de dados em prontuários médicos e entrevistas com familiares e puérperas com intuito de compreender a morte materna na perspectiva do familiar e as demoras na atenção obstétrica. Utilizou-se os programas Microsoft Office Excel, Software for Statistics and Data Science-Stata.11.2 para gerenciamento de dados e análise estatística. Realizou-se análise descritiva de tipo exploratória envolvendo as variáveis de estudo. Resultado: Foram identificadas e analisadas 557 mortes maternas no Hospital Nacional Simão Mendes. A maior proporção de óbitos encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 anos. As mulheres casadas representam 81,6% (444) das mortes. 86,2% (480) dessas mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade. 59,6% (332) eram residentes de zona rural. 82,9% (462) eram donas de casa. 52,8% (294) eram de religião muçulmana. 31,2% (174) eram de etnia Fula, seguida Balanta com 22,8% (127). O pré-natal não foi realizado por 40,7% (227) das falecidas. Revela-se que 56% (312) dos óbitos ocorreram no termo da gestação. 43,9% (244) mortes ocorreram em partos normais. 44,9% (250) destas mortes no momento do parto. Principais causas de óbitos encontradas foram hemorragia 50,4% (281), seguida a hipertensão com 17,4% (97). Conclusão: As das mortes maternas predominaram em mulheres jovens, de pouca escolaridade, sem emprego remunerado por causas obstétricas diretas que poderia ter sido evitada com melhoria nos cuidados integrais à gestante, começando desde o cuidado pré-natal até a disponibilidade de mecanismos de intervenção em tempo oportuno.

	Parágrafos
CONTEXTO.....	1-5
PROBLEMAS E DESAFIOS.....	6-11
MEDIDAS PROPOSTAS.....	12-16

Principais problemas apontados (8):

- Fraca coordenação dos parceiros locais; falta de alinhamento com as prioridades nacionais; fragmentação e duplicação de iniciativas;
- Capacidades limitadas de governação nos níveis nacional e subnacional; utilização ineficaz dos recursos; sistemas de informação fragmentados e ineficientes;
- Indisponibilidade de dados credíveis para a tomada de decisões; falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação; subnotificação de óbitos e nascimentos;
- Financiamento ineficiente; grande dependência de fontes externas;
- Qualidade insuficiente da assistência técnica prestada pela OMS; desconexão de planos estratégicos com o plano estratégico nacional de saúde; alinhamento inadequado; fraca participação dos parceiros locais;
- Capacidade limitada para resolver deficiências dos sistemas de saúde; fraca disponibilidade de medicamentos, vacinas e tecnologias sanitárias e seu uso irracional.

Soluções possíveis

- Apoio efetivo da OMS na superação dos problemas apontados, que estejam sob sua capacidade de atuação;
- **Fortalecimento dos cuidados de saúde primários** como elemento-chave para a coordenação e funcionamento da rede assistencial, em especial para a atenção materno-infantil;
- Investimento governamental e não-governamental em estruturas físicas, equipamentos e tecnologias em saúde;
- Esforço nacional e internacional para a qualificação e aumento do capital humano em saúde;
- Articulação e trabalho em conjunto com os parceiros locais, coordenados pelo Ministério da Saúde e em sintonia com a política nacional de saúde, com vistas à superar os desafios sanitários e a combater as desigualdades;
- Apoio dos Estados-Membros da CPLP para a cooperação horizontal em saúde; numa visão de respeito à diversidade cultural.

Referências bibliográficas:

1. Roemer MI. National Health Systems of the World: the issues. New York: Oxford University Press; 1993.
2. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva; WHO; 2000
3. World Health Organization (WHO). *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: WHO; 1978.
4. Pisco, Luis e Pinto, Luiz Felipe. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 20 Março 2021], pp. 1197-1204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.
5. Guerreiro C, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop* 2017; 16 (Supl.1): S55-S68
6. Comissão temática da saúde e segurança alimentar e nutricional dos Observadores Consultivos da CPLP. Plano de trabalho para o biênio 2019-2020.
7. Guerreiro C, Hartz Z, Ferrinho P, Havik P. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde. *25 Years of national health policy in the Republic of Guinea-Bissau: Memories of its strategic health planning*. *Cadernos de Estudos Africanos*, 2019. 38. 239-264. 10.4000/cea.4619.
Disponível em https://www.researchgate.net/publication/339822943_25_Anos_de_Politica_Nacional_de_Saude_na_Republica_da_GuineBissau_Memorias_do_seu_Planeamento_Estrategico_em_Saude25_Years_of_national_health_policy_in_the_Republic_of_Guinea-Bissau_Memories_of_its_s
8. World Health Organization. Comitê Regional África. 70ª Sessão. Reforçar a presença nos países para garantir a cobertura universal de saúde em África. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333988/AFR-RC70-5-por.pdf>