



Pagamentos informais no setor de saúde pública na Guiné-Bissau

Nichola Kitson

Outubro 2019

Mensagens-chave

- Pagamentos informais são generalizados no setor da saúde na Guiné-Bissau. Eles impactam negativamente na equidade e introduzem distorções que podem prejudicar tanto a eficiência quanto a qualidade dos serviços. Nos piores casos, o tratamento pode ser suspenso ou deliberadamente adiado, com o propósito de solicitar pagamentos informais, por vezes com resultados catastróficos para o paciente.
- Os pagamentos informais no setor da saúde na Guiné-Bissau enquadram-se em quatro categorias: suplementos salariais não oficiais solicitados; contribuição para custos dos serviços; nepotismo genuíno e falso; e doações não solicitadas.
- Fatores que influenciam a prevalência de pagamentos informais incluem baixa remuneração e profissionais de saúde desmotivados; assimetrias de informação e poder; uma cultura de exigir pagamentos informais; e falta de responsabilidade.
- Tendo em vista o ambiente político na Guiné-Bissau, este documento defende abordagens experimentais e incrementais para lidar com pagamentos informais. Essas abordagens devem ser monitoradas e avaliadas por um corpo coordenador de defensores de reformas, em particular por um Fórum de Profissionais de Saúde ampliado, acompanhado de medidas para aumentar o conhecimento e a consciencialização dos usuários do serviço de saúde. Também é necessário iniciar um diálogo sobre estas questões por meio de uma conferência de financiamento da saúde no país.

Incentivamos leitores a reproduzir este material para suas próprias publicações, desde que não sejam vendidos comercialmente. ODI solicita o devido reconhecimento e uma cópia da publicação. Para uso on-line, solicitamos que os leitores providenciem links ao material original no site do ODI. As opiniões apresentadas neste artigo são de responsabilidade do(s) autor(es) e não representam necessariamente as opiniões do ODI ou de nossos parceiros.

Este trabalho está licenciado sob CC-BY-NC-ND 4.0.

Agradecimentos

A autora agradece a Tim Kelsall pela sua supervisão, edição diligente e discernimento político. Também reconhecemos o Programa de Bolsas de Estudo do *Overseas Development Institute: ODI*, em particular a paciência e o entusiasmo de Robin Sherbourne, e agradecemos ao ODI, incluindo o ex-diretor executivo Alex Thier, por financiar esta pesquisa. Vany Moreira foi mentora e deu orientação durante dois anos na Guiné-Bissau, Bacar Sidi Sambu prestou excelente assistência técnica à pesquisa e Dina Balabanova e Fiona Samuels forneceram comentários perspicazes na revisão por pares. A autora também aprecia a assistência prestada pelo Banco Mundial, e Edson Correia em particular, na divulgação dos resultados iniciais no país.

Apoio contínuo foi fornecido à autora por bolsistas da ODI e amigos, incluindo Julius Koll, Brais Alvarez Pereira, Patrick McCartney e Giulio Schinaia. Agradecimentos adicionais: Giulio Schinaia, por sua inestimável assistência em Quinara, Giuliano Russo, pela rejeição inicial de idéias, e Mutaro Djalo, pela ajuda nas traduções. A autora também agradece o apoio da Mowll Street e Greenhill Road. Por fim, a autora agradece aos colegas do Ministério da Saúde Pública e a todos os profissionais de saúde, membros da comunidade, pacientes, funcionários do governo e parceiros pelo tempo disponibilizado para participar em entrevistas e discussões em grupo. *No sta djunto???*.

As opiniões apresentadas neste artigo são da autora e não representam necessariamente as opiniões da ODI nem do Governo da Guiné-Bissau.

Contents

Agradecimentos	3
Lista de caixas, tabelas e figuras	5
Acrónimos	6
1 Introdução	7
1.1 Pagamentos informais na Guiné-Bissau	7
2 Contexto do país	8
2.1 O setor da saúde	9
3 Metodologia	11
3.1 Discussões em grupos focais e <i>Djumbais</i>	12
3.2 Entrevistas em profundidade	12
3.3 Entrevistas semi-estruturadas	12
3.4 Análise e divulgação de dados	12
4 Constatações	13
4.1 Tipos de práticas informais	13
4.2 Impacto na equidade, eficiência e qualidade da assistência	17
4.3 Causas	19
5 Discussão	24
5.1 Conclusão	26
Anexo 1: Termos e percepções	28
Referências bibliográficas	30

Lista de caixas, tabelas e figuras

Caixas

Caixa 1	PIMI, EMI e o Banco Mundial	10
Caixa 2	Estudo de caso: corrupção do Conselho Médico	17
Caixa 3	Fórum para profissionais de saúde	27

Tabelas

Tabela 1	Estabelecimentos de saúde por região	9
Tabela 2	Coleta de dados	11
Tabela 3	Ações atuais que visam pagamentos informais, direta ou indiretamente, na Guiné-Bissau	25
Tabela A1	Vernáculos	28
Tabela A2	Percepções de entrevistados	29

Figuras

Figura 1	Triângulo de responsabilidade do relatório mundial de desenvolvimento	27
-----------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------

Acrónimos

ECOWAS	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (<i>Economic Community of West African States</i>)
EMI	Assistência Médica Internacional (<i>Entraide Médicale Internationale</i>)
UE	União Europeia
EUR	Euro
FGD	discussão de grupo focal (<i>focus group discussion</i>)
GDP	produto doméstico bruto (<i>gross domestic product</i>)
INASA	Instituto Nacional Saúde Pública
LMICs	países de baixa e média renda (<i>low- and middle-income countries</i>)
MCH	saúde maternal e infantil (<i>maternal and child health</i>)
MINSAP	Ministério da Saúde Pública (<i>Ministry of Public Health</i>)
ONG	Organização Não-Governamental
ODI	Instituto de Desenvolvimento do Além-mar (<i>Overseas Development Institute</i>)
PIMI	Programa para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil
SAB	Sector Autónomo de Bissau
UHC	cobertura universal de saúde (<i>universal health coverage</i>)
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (<i>United Nations Development Programme</i>)
XOF	Franco CFA da África Ocidental

1 Introdução

1.1 Pagamentos informais na Guiné-Bissau

Este documento aborda o problema dos pagamentos informais no setor da saúde na Guiné-Bissau, que definimos amplamente como ‘pagamentos a provedores individuais e institucionais, em espécie ou em dinheiro, que são feitos fora dos canais oficiais de pagamento, ou a compras que devem ser cobertas pelo sistema de saúde’ (Lewis, 2006).

Os pagamentos informais são frequentemente discutidos em estudos de corrupção (Gupta e Tiongson, 2000; Tatar et al., 2007; Onwujekwe et al., 2018). Mas corrupção é um termo contestado e moralmente carregado que pode dificultar a compreensão da verdadeira natureza de comportamentos particulares em diferentes contextos (Ensor, 2004; Bhargava, 2005; Blundo e de Sardan, 2006; Vian, 2008; Banco Mundial, 2017). Por esse motivo, usamos a linguagem da corrupção com moderação, preferindo “pagamentos informais”, que é um termo mais descritivo e de valor neutro.

Existe uma crescente literatura sobre pagamentos informais no setor da saúde, que é difundida em países de baixo e médio rendimento (*LMICs*). Estima-se que entre 10% e 45% do total dos pagamentos diretos nos países de baixo rendimento sejam informais (Jahangiri e Aryankhesal, 2017). Verificou-se que pagamentos informais comprometem a eficiência da prestação de serviços de saúde, criam incentivos perversos que representam um obstáculo à política de reforma da saúde e prejudicam a capacidade do governo de arrecadar fundos para a saúde (Stringhini et al., 2009). O custo dos pagamentos informais e a barreira que isso cria no acesso a cuidados de saúde também sobrecarregam os membros mais pobres da sociedade (Belli et al., 2004; Lewis, 2006). A prática de pagamentos informais compromete, portanto, o aumento dos esforços internacionais para alcançar a

cobertura universal de saúde (*UHC*) (Vian et al., 2015). Ao mesmo tempo, os pagamentos informais foram descritos como parte de uma estratégia de remuneração mais ampla, na qual tais pagamentos são um dos muitos mecanismos de enfrentamento para os profissionais de saúde, geralmente devido a más condições de trabalho, salários baixos e irregulares e um sentimento por parte dos trabalhadores de abandono pelo estado (Lewis, 2006; Russo et al., 2013, Bertone e Witter, 2015, Bertone et al., 2016).

Este artigo contribui para a crescente literatura sobre pagamentos informais no setor da saúde, estudando-os no contexto da Guiné-Bissau. Ele visa contribuir para o nosso conhecimento geral de pagamentos informais em *LMICs*, bem como fornecer dados e discussão para informar os processos políticos atuais no país. O artigo baseia-se na premissa de que é importante estar ciente das razões e da natureza de cobranças não oficiais ao elaborar respostas políticas a elas (Ensor, 2004).

A pesquisa foi realizada como parte de uma bolsa de pesquisa pós-Programa de Bolsas do *ODI* (*ODI Fellowship Scheme*). A questão inicial da pesquisa surgiu das discussões entre a autora (bolsista da *ODI*) e o diretor da Administração de Sistemas de Saúde do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau (*MINSAP – Ministério da Saúde Pública*), a fim de orientar os formuladores de políticas no país.

O trabalho está dividido em cinco seções. A Seção 2 oferece algumas informações sobre a Guiné-Bissau e seu setor de saúde. A Seção 3 explica a metodologia usada. A Seção 4 explora os resultados da pesquisa qualitativa: os tipos de práticas informais; os processos em que ocorrem; e as causas e impactos dos pagamentos informais em relação à eficiência, equidade e qualidade dos cuidados no setor de saúde. A Seção 5 faz algumas recomendações provisórias enquadradas no entendimento do contexto político e económico da Guiné-Bissau.

2 Contexto do país

A Guiné-Bissau, situada na costa oeste de África, tem uma população de 1,8 milhões de pessoas, cerca de metade das quais vive em áreas urbanas, principalmente a capital Bissau (Banco Mundial, 2019). A economia é dominada pela agricultura, que contribui com mais de 40% do produto interno bruto (PIB) e emprega cerca de 80% da força de trabalho. A Guiné-Bissau classificou 178 dos 188 países no Índice de Desenvolvimento Humano de 2016 (PNUD, 2016: 200). A esperança média de vida para homens e mulheres é de 58 e 61 anos, respectivamente (OMS, 2016). A taxa de mortalidade de menores de cinco anos foi de 95 por 1.000 nados vivos em 2015 e a taxa de mortalidade materna foi de 549 por 100.000 nados vivos (UNICEF, 2016). No mesmo ano, 26% da população foram categorizados como subnutridos.

A Guiné-Bissau é politicamente frágil (*Fund For Peace*, 2019). Desde a independência de Portugal em 1974, houve 4 golpes bem-sucedidos e outras 16 tentativas mal sucedidas (Banco Mundial, 2019). Apesar das aspirações de Amílcar Cabral - o líder nacionalista mais célebre do país - de construir um forte estado social-democrata, isso nunca foi alcançado. Num padrão que remonta aos tempos coloniais, pelo menos, um conjunto altamente elucidativo de elites políticas e militares foi incorporado ao seu assentamento político ao ter acesso a despojos de várias fontes, incluindo assistência financeira externa, rendimento do comércio (amendoim e castanha de caju) e da venda de licenças de pesca ilícitas, extração ilegal de madeira e narcóticos.¹

Há também o potencial de futuros despojos de recursos naturais inexplorados. O serviço público é altamente politizado e a cultura burocrática é personalizada e caracterizada por patrocínio e nepotismo. Em geral, as elites são incapazes de agir coletivamente ou coordenar necessidades comuns.

Em 2016, as tensões entre os dois principais líderes, José Mário Vaz e Domingos Simões Pereira, levaram a uma crise política, parcialmente resolvida pelo Acordo de Conacri mediado pela Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). O acordo visava resolver as divergências sobre a nomeação do primeiro-ministro e do gabinete e promover uma discussão nacional sobre reforma constitucional e política.² No entanto, mostrou-se difícil de implementar na prática e foi somente em abril de 2018 que um primeiro-ministro foi nomeado com sucesso, em conformidade com o Acordo de Conacri. O primeiro-ministro Aristides Gomes formou um gabinete de transição inclusivo, a Assembleia Nacional foi reaberta e o programa e orçamento do governo foram aprovados. As eleições parlamentares e presidenciais devem ocorrer em 2019.

Apesar deste progresso recente, a Guiné-Bissau provavelmente ainda é melhor descrita como um sistema político “disperso por pouco”, no qual uma sociedade organizacionalmente fraca oferece poucos incentivos para que as elites desenvolvam programas de desenvolvimento inclusivos de base ampla e nos quais a desunião da elite compromete o sucesso de tais programas

1 A Guiné-Bissau está classificada em 171 dos 180 países pesquisados no Índice de Percepção de Corrupção (IPC) da *Transparency International* em 2017 (TI, 2017).

2 Assinado por: 1) elites e seus partidos políticos; 2) heróis militares e da luta pela libertação; 3) organizações da sociedade civil, líderes tradicionais e religiosos, jovens e mulheres; 4) atores regionais (CEDEAO, União Africana (UA), Senegal, Guiné, Angola); e 5) parceiros internacionais (Escritório Integrado de Construção da Paz das Nações Unidas na Guiné-Bissau (UN-UNIOGBIS), Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), União Europeia (UE) e outros).

(Kelsall, 2016). Como veremos mais adiante, é importante manter essa configuração em mente ao explorar opções para políticas de saúde.

2.1 O setor da saúde

O setor de saúde pública na Guiné-Bissau está estruturado em torno de 11 regiões de saúde e subdivide-se em três níveis. A nível local, a atenção primária é prestada por meio de 132 centros de saúde, classificados nos tipos A, B e C, distinguidos pela sua capacidade de oferecer intervenções de saúde mais ou menos complexas. A nível regional, existem 11 diretorias regionais de saúde administrativas e 5 hospitais regionais de nível secundário que oferecem atendimento mais especializado. O nível central, na capital Bissau, inclui o Hospital Nacional Simão Mendes e instituições políticas como o MINSAP e o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA - Instituto Nacional de Saúde Pública). As unidades de saúde por região são exibidas na Tabela 1.

O sistema de saúde da Guiné-Bissau enfrenta desafios persistentes relacionados com insuficiente despesa pública, infra-estrutura inadequada, fornecimento inadequado de profissionais de saúde, sistemas de formação clínica e gerencial inadequados, sistema de referenciamento desajustado, sistemas de informação de saúde não operacionais, governança fraca e capacidade de gerenciamento inadequada (como orçamento, gestão financeira pública e gestão de recursos humanos) (Banco Mundial, 2019).

Os gastos do governo representam cerca de 20% do total de gastos com saúde cobrindo essencialmente salários dos funcionários. Os parceiros de desenvolvimento financiam quase 90% dos custos recorrentes (ibid). Quase não houve investimento público no setor da saúde nos últimos três anos. O governo, através do Ministério da Saúde, estabelece os preços para consultas, exames laboratoriais e medicamentos no setor de saúde pública. De acordo com a “política de contribuição de custo de 2003”

Tabela 1 Estabelecimentos de saúde por região

Regiões	População (2017)	Hospital regional	Centro MCH	Centros de saúde		
				Tipo A	Tipo B	Tipo C
Bafata	217,045	1	1	–	1	12
Gabu	259,570	1	1	–	1	17
Cacheu	229,204	1	2	1	1	17
Bolama	11,510	–	–	1	–	4
Bijagos	24,007	–	–	1	–	10
Oio	180,428	1	–	–	1	8
SAB	513,846	–	1	–	3	6
Farim	58,060	–	–	1	1	4
Quinara	77,465	–	–	1	3	10
Tombali	116,994	1	–	–	2	19
Biombo	54,507	–	–	–	1	6
Total	1,742,636	5	5	5	14	113

Nota: SAB, Sector Autónomo de Bissau (Sector Autónomo de Bissau); MCH, saúde materna e infantil
Fonte: MINSAP (2017)

Caixa 1 PIMI, EMI e o Banco Mundial

Dada a alta taxa de mortalidade materna e infantil, os parceiros internacionais priorizaram os programas de saúde materna e infantil (MCH). De particular relevância para este artigo é o Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil (PIMI - Programa Integrado de Redução de Mortalidade Materna e Infantil), uma iniciativa financiada pela UE. Vários serviços para mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos são oferecidos gratuitamente ao público. A organização não governamental (ONG) *Entraide Medicale Internationale (EMI)* é um dos implementadores deste programa, que inclui o reembolso das instalações de saúde por serviços oferecidos gratuitamente nas contas bancárias dos estabelecimentos de saúde com base em determinados indicadores. Tais esforços para reduzir barreiras financeiras ao acesso aos serviços MCH careceram de sistemas de verificação adequados.

O novo projeto do Banco Mundial ‘Fortalecimento da prestação de serviços de saúde maternal e infantil’; pagará bônus com base no desempenho pela entrega de um pacote de serviços MCH nos níveis de hospital e centro de saúde, implementados pela EMI, e fornecerá subsídios às unidades de saúde. Este projeto irá projetar e usar um sistema de verificação mais robusto (Banco Mundial, 2018). No entanto, deve-se ter cuidado com a sustentabilidade a longo prazo do financiamento de bônus baseados no desempenho.

do governo, a receita coletada pelas unidades de saúde com as taxas oficiais de usuário e a venda de medicamentos é gerenciada pela unidade de saúde e usada para financiar a compra de medicamentos; custos recorrentes; salários do pessoal contratado localmente; manutenção de instalações e veículos;

pagamentos de incentivos às equipes (bônus); e uma contribuição mensal para a diretoria regional de saúde (MINSAP, 2003). As taxas de uso e a venda de medicamentos representam em média quase 80% dos fundos recebidos pelas instituições (Banco Mundial, 2019).

3 Metodologia

Este artigo é baseado em dados primários coletados entre maio e agosto de 2018 em cinco regiões de saúde: Quinara, Bafata, Oio, Cacheu e o Setor Autónomo de Bissau (SAB – Setor Autónomo de Bissau) com aprovação ética do Instituto Nacional de Saúde Pública. As regiões foram escolhidas para refletir a heterogeneidade cultural e geográfica do país. Com base na natureza sensível e complexa do estudo, e como os pagamentos informais não são amplamente documentados, foi escolhida uma abordagem qualitativa que permite descrever e explorar o processo de corrupção. Os dados foram coletados e triangulados por fonte e método para minimizar potenciais enviesamentos e obter uma compreensão mais rica dos dados³. O método de coleta de dados está descrito na Tabela 2.

A equipa de pesquisa passou em média três a quatro dias em cada região e selecionou informantes com o apoio das autoridades regionais de saúde. Todos os entrevistados foram tranquilizados quanto às questões de confidencialidade e foi explicada a importância da coleta de dados sobre pagamentos informais. Foi obtido consentimento para todas as entrevistas e, apesar da natureza sensível do assunto, os participantes estavam ansiosos para compartilhar as suas experiências. As entrevistas, exceto as sessões de Djumbai com membros da comunidade (veja abaixo) e entrevistas individuais com pacientes, foram gravadas usando um dispositivo portátil. As entrevistas foram em português, crioulo bissau-guineense ou idiomas regionais, com todas as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas para português.⁴

Tabela 2 Coleta de dados

Categoria	Local	Quantidade
Discussões em grupos focais (FGDs)		
Profissionais de Saúde	Hospitais regionais	4
FGDs <i>Djumbais</i> adaptados		
Membros femininos da comunidade	Comunidades rurais, bairros urbanos	10
Membros masculinos da comunidade	Comunidades rurais, bairros urbanos	10
Entrevistas <i>lifeworld</i>		
Profissionais de saúde	Centros de saúde, hospitais regionais, Hospital Nacional Simão Mendes	12
Entrevistas semi-estruturadas		
Oficiais governamentais	Diretórias regionais, hospitais regionais, Ministério de Saúde, Ministério de Finanças	18
Oficiais não-governamentais	Escritórios de interessados	13
Pacientes e cuidadores	Comunidades rurais, bairros urbanos, hospital regional, Hospital Nacional Simão Mendes	9

3 Triangulação refere-se ao uso de múltiplos métodos e/ou fontes de dados em pesquisa qualitativa para desenvolver uma compreensão abrangente de um fenómeno em particular.

4 Três entrevistados não deram permissão para serem gravados; portanto, foram feitas anotações completas durante o processo de entrevista que foram transcritas. Uma entrevista com um parceiro de saúde foi em inglês. Duas sessões de *Djumbai* foram realizadas em idiomas regionais com a ajuda de um agente comunitário de saúde para traduzir.

3.1 Discussões em grupos focais e Djumbais

Em cada hospital regional, foi realizada uma discussão em grupo focal (FGD) com os profissionais de saúde para coletar uma série de opiniões e pontos de vista, guiados pelo manual do ODI “Tools for policy impact” (Start e Hovland, 2004).

Para discussões com membros da comunidade, decidimos, em consulta com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas, adotar o Djumbai Focalizado⁵, um método usado nas últimas duas décadas em estudos socioeconômicos e etnográficos. Este método é semelhante aos FGDs, mas não há gravações ou notas e não há limite para o número de participantes que entram e saem livremente durante a sessão. As sessões de Djumbai com membros da comunidade foram realizadas em mercados, pontos de encontro nas aldeias ou na casa de um membro da comunidade. Esses Djumbais foram divididos em grupos de mulheres e homens, para garantir que as mulheres se sentissem livres para falar.

3.2 Entrevistas em profundidade

As FGDs com profissionais de saúde foram complementadas por 12 entrevistas individuais com médicos e enfermeiros nas unidades de saúde para explorar experiências e percepções individuais em maior detalhe. Cada entrevista começou por conhecer o profissional de saúde, oferecendo uma plataforma para uma voz muitas vezes desconhecida, e cobriu seus motivos para trabalhar em saúde, o que apreciavam no seu trabalho, entre outros. O cerne da entrevista foi a prática de pagamentos informais

3.3 Entrevistas semi-estruturadas

Entrevistas semi-estruturadas com 18 funcionários do governo e 13 partes interessadas não-governamentais foram realizadas para fornecer *insights* de um ponto de vista diferente,

particularmente relacionado ao ambiente político. Os entrevistados nesta categoria incluíram diretores e administradores de hospitais, diretores e administradores regionais, funcionários do Ministério da Saúde Pública e do Ministério das Finanças, políticos, parceiros internacionais, trabalhadores de ONGs e representantes de sindicatos de profissionais de saúde. As entrevistas semiestruturadas envolveram a preparação de perguntas pré-determinadas mas abertas, que permitiram flexibilidade à medida que as perguntas eram colocadas durante a entrevista.

As sessões de Djumbai foram complementadas por nove entrevistas individuais com pacientes ou prestadores de cuidados em hospitais regionais e no Hospital Nacional para entender as experiências pessoais com maior profundidade.

3.4 Análise e divulgação de dados

Os dados foram processados e analisados por meio do aplicativo Dedoose e codificados e categorizados por meio da Análise de Conteúdo.⁶ A Análise de conteúdo visa organizar sistematicamente uma grande quantidade de texto num resumo conciso dos principais resultados. As transcrições foram revistas linha por linha para identificar frases-chave ou unidades de significado, que foram derivadas em códigos e organizadas em categorias e subcategorias. Esse é um processo não linear que envolve o retorno contínuo às unidades de significado (Erlingsson e Brysiewicz, 2017). Todos os códigos e categorias foram criados de acordo com a principal questão de pesquisa.

A estratégia de comunicação para a política envolvia interação constante com o MINSAP e membros do Comitê de Coordenação de Parceiros de Saúde. Os resultados iniciais da pesquisa foram apresentados na Guiné-Bissau num Seminário Nacional sobre Pagamentos Informais no Setor da Saúde, organizado pelo investigador principal e financiado pelo Banco Mundial, e com a participação de 50 partes interessadas, incluindo funcionários do governo e parceiros internacionais.

5 *Djumbai* é crioulo para um grupo de pessoas sentadas, geralmente embaixo de uma mangueira, discutindo qualquer coisa, do futebol à política. Qualquer reunião pode ser chamada de *Djumbai*. É também o nome da cerveja nacional.

6 O Dedoose é um aplicativo web de pesquisa qualitativa e de métodos mistos, desenvolvido por acadêmicos da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), que permite organizar e analisar dados de pesquisa (disponíveis em: <https://app.dedoose.com/App/?Version=9.0.42>).

4 Constatações

Esta seção explora os resultados da pesquisa qualitativa: categorizando os tipos de práticas informais; descrevendo os detalhes contextuais envolvidos no processo; e discutindo as causas e os impactos dos pagamentos informais em relação à eficiência, equidade e qualidade dos cuidados no setor de saúde.⁷

4.1 Tipos de práticas informais

Muitos tipos de práticas informais, muitas vezes altamente interdependentes, foram discutidos durante as entrevistas. Este artigo enfoca práticas informais em unidades de saúde, com foco mais restrito nos pagamentos informais. Eles foram organizados em quatro categorias: 1) solicitação de suplementos não oficiais de salário; 2) contribuição para custos dos serviços; 3) nepotismo genuíno e falso; e 4) doações não solicitadas. Categorizar as formas de pagamentos informais é útil para os formuladores de políticas públicas. Por exemplo, trocar contribuição para custos dos serviços por suplementos não oficiais de salário podem levar a sanções equivocadas e incentivar profissionais a mudar inteiramente para o setor privado.

4.1.1 Suplementos salariais não oficiais solicitados

Primeiro, analisamos a incidência de *pagamento por um serviço ou produto gratuito ou o ato de pagar mais do que o preço oficial (sendo cobrado em excesso)*. Isso ocorre com quantias menores para consultas e medicamentos, bem como com quantias maiores para atendimento mais especializado.

‘Isso acontece com muitas pessoas, elas [o profissional de saúde] vão tic, tic, tic, na calculadora e depois pedem 20.000 XOF [~ 30 EUR], mas é claro que esse não é o preço real’ – informante chave, SAB

Os pacientes podem recusar o serviço se não pagarem antecipadamente, mais frequentemente por parto e cirurgia. Poucas instalações na Guiné-Bissau exibem os seus preços claramente. Além disso, há desafios relacionados com o alto índice de analfabetismo, principalmente entre as mulheres, usuárias mais frequentes do sistema público de saúde. Atualmente, os serviços fornecidos gratuitamente, como consultas pré-natais e serviços em que o paciente está vulnerável, como quando está prestes a dar à luz, são suscetíveis a essa forma de corrupção.

‘Você sabe que não deve pagar por consultas durante a gravidez, certo? Mas o profissional de saúde diz ao usuário para pagar ‘X’ e então ela paga ‘X’, mas ninguém diz nada. Isso foi verificado, não apenas aqui, mas em todo o país’ – Administrador, hospital regional

A segunda forma de suplemento de salário não oficial solicitado que se enquadra nessa categoria inclui o usuário que *paga o preço oficial, mas o pagamento não é inserido no registro*. Muitas vezes, isso ocorre fora do horário oficial de funcionamento dos estabelecimentos, quando há menos funcionários disponíveis e o profissional

⁷ Dada a existência de taxas de usuário para a maioria dos serviços, um pagamento formal envolve a transferência de dinheiro do paciente para o profissional de saúde para o prestador e a transferência de recibo do profissional de saúde para o paciente. Essa transação é anotada em um razão contábil. Na maioria dos estabelecimentos, isso envolve um intermediário financeiro, pois os profissionais de saúde não devem lidar com dinheiro. Em instalações menores e durante o horário de funcionamento não oficial em instalações maiores (16h - 20h), os profissionais de saúde geralmente assumem um papel duplo e são responsáveis por receber e dar recibos.

de saúde assume uma função administrativa adicional. A presença em um estabelecimento fora do horário oficial coloca os pacientes numa posição mais vulnerável, o que aumenta as assimetrias de poder entre o profissional e o paciente.

‘Por exemplo, uma noite você pode receber 20 pacientes, mas anote apenas 10 nomes no livro. Os nomes no livro são o valor a ser contabilizado, os outros 10 nomes em que você coloca o dinheiro no bolso’ – Médico, hospital regional

Isso muitas vezes passa despercebido pelo paciente e foi justificado pelos profissionais de saúde como um meio de aumentar seus próprios salários, afirmando que era menos prejudicial e mais amigável, pois estavam recebendo fundos diretamente do estado e não do paciente. No entanto, com menos dinheiro entrando na unidade, é provável uma qualidade de atendimento mais baixa, o que acaba afetando, portanto, o atendimento dos pacientes.

A terceira forma de suplemento salarial não oficial solicitado envolve oferta pressionada de presentes. Ao longo das entrevistas e sessões de discussão, ficou claro que em todo o país a prestação de serviços de saúde é vista mais como um favor do que como um direito. Aproveitando-se disso, essa forma de corrupção envolve o profissional de saúde exigindo um presente, principalmente quando o paciente está num estado vulnerável. Nesse caso, o paciente geralmente está ciente de que este não é um pagamento legítimo.

‘Na maternidade, as parteiras mencionam ‘sumo’ [suco de dinheiro], geralmente entre 5000–7000XOF [~ 8 EUR], após o parto. Eles não esperam que seja dado, exigem que seja oferecido’ – Mulher, mercado urbano

A quarta forma é a falsificação e venda de registros de consultas, certificados ou cartões de pacientes, que normalmente devem ser fornecidos gratuitamente aos pacientes. Esses itens são usados para registrar vacinas na infância ou consultas pré-natais. Novamente, o profissional

de saúde aproveita-se da falta de conhecimento do paciente ou do prestador de cuidados, pois muitas vezes estes desconhecem que estão a realizar um pagamento ilícito.

‘Você ouvirá sobre pessoas que vendem registros e cartões de compromisso para mulheres grávidas. E você não sabe para onde está indo esse dinheiro. Esses itens não devem ser vendidos. Mas alguém pega o cartão, faz uma fotocópia e depois o vende’ – Vice-diretor, diretor regional de saúde

A quinta forma, é a venda de suprimentos e medicamentos privados nas instalações públicas, que geralmente são vendidos a preços mais altos do que custariam. Essa privatização interna ocorre dentro do consultório ou na cabeceira do paciente, mesmo que possa haver stocks na farmácia da instalação. Os pacientes podem estar numa posição vulnerável ou não sabem que podem escolher onde comprar os seus medicamentos. Novamente, não é claro para os pacientes se estão a fazer uma compra necessária e legal ou ilícita. Os entrevistados referiram o horário fora do Hospital Nacional como um “mercado noturno”, aludindo à alta frequência de vendas ilícitas de medicamentos e materiais.

‘Com as enfermeiras, são mais as vendas ilícitas do que os pagamentos ilícitos ... eles dizem:’ Eu tenho esse remédio e vou vender para você ‘. Mas eles não o vendem pelo preço normal. Eles o venderão a um preço muito mais alto.’ – Enfermeira, Hospital Nacional Simão Mendes

Pacientes do Hospital Nacional da capital disseram que, se não comprassem os medicamentos vendidos pelas enfermeiras ao lado da cama, seriam ignorados. Esse favoritismo tem um impacto severo na qualidade real e percebida dos cuidados de saúde.

A sexta forma de pagamento informal é a “referência”, ou desvio de pacientes e materiais do público para o sistema de saúde privado: a clínicas para consultas, laboratórios para

exames e farmácias específicas para comprar medicamentos.

‘Todos os pacientes que vão ao Hospital Nacional Simão Mendes, são encaminhados para as clínicas particulares. Todos os pacientes. Eles são instruídos a ir e fazer suas análises nas clínicas privadas dos médicos’ – Profissional de saúde, FGD, hospital regional

Os profissionais de saúde ou são proprietários desses estabelecimentos, ou receberão um suborno do proprietário. Isso também inclui o desvio para clínicas privadas de materiais e medicamentos doados para a unidade de saúde ou adquiridos com a receita da unidade. O roubo de materiais ou medicamentos pelos profissionais de saúde diminui o potencial de geração de receita para o serviço público e pode distorcer o planejamento a nível central. Isso pode incluir a pretensão de que os medicamentos fornecidos gratuitamente por meio de financiamento de parceiros de desenvolvimento não estejam disponíveis no estabelecimento de saúde e o envio de pacientes a clínicas particulares para onde os medicamentos doados foram desviados para venda.

‘Profissionais de saúde roubam materiais para consultas particulares em casa. Por exemplo, eles roubam o material fornecido pela ONG. Se você realizasse pesquisas em nível nacional, descobriria que hoje em dia a maioria dos profissionais de saúde também trabalha em casa. E que estamos perdendo muito material’ – Diretor de hospital regional

Relacionada à sexta forma, mas de natureza diferente, está a prática de *prescrever medicamentos ou tratamentos para ganho monetário privado*. Isso não só aumenta o custo para o paciente, mas também resulta na prescrição de um tratamento desnecessário que pode ter efeitos graves na qualidade da assistência médica e contribuir para a resistência antimicrobiana (Llor e Bjerrum, 2014).

4.1.2 Pagamentos de custo-contribuição

Os pagamentos de contribuição de custo incluem *um pagamento pago pelos usuários do serviço quando o fornecimento de medicamentos ou suprimentos é insuficiente*.

Em contraste com as práticas descritas acima, os pagamentos de custo-contribuição, na sua forma mais pura, não seriam considerados corrupção, mas antes uma informalidade. Trabalhar num setor de saúde subfinanciado significa trabalhar em instalações sem o suprimento completo e o equipamento básico para funcionar. Na Guiné-Bissau, trabalhar sem eletricidade ou água corrente limpa numa unidade de saúde não é incomum. Além das taxas oficiais de uso, os pacientes podem pagar, voluntária ou involuntariamente, mais para contribuir com os custos de funcionamento das unidades de saúde, minimizando o déficit do orçamento do estado ou no financiamento externo. Essa contribuição de custo não é usada para enriquecer o indivíduo, pois os serviços, materiais ou medicamentos são vendidos pelo valor de mercado (ou pelo preço que a unidade de saúde teria que pagar). Isso é exemplificado por um técnico de laboratório durante uma FGD com profissionais de saúde de um hospital regional:

‘Outra coisa, um exemplo do nosso laboratório, geralmente você não deve pagar pelo exame de sangue grosso [gota espessa]. Mas há uma isenção. Aqui você tem que pagar pelo exame de sangue grosso, por quê? Porque o programa da malária não fornece o material necessário. Não temos a lâmina, temos que comprá-la com dinheiro do hospital e, portanto, temos que cobrar pelo teste.’ – Técnico de Laboratório, hospital regional

No entanto, o profissional de saúde pode usar o serviço de saúde subfinanciado e desafios relacionados com a insuficiência de um medicamento como motivo subjacente para exigir um pagamento e usar sua posição de poder para cobrar um preço superior ao valor de mercado. Essa prática informal seria agora considerada um complemento salarial não oficial solicitado. Os limites entre essa e a primeira

categoria ficam então esbatidos. É importante que os formuladores de políticas compreendam que existem diferenças nas práticas informais, como estas duas categorias exemplificam, pois elas terão impactos diferentes e exigirão abordagens diferentes. Existem menos formas de pagamentos informais nessa categoria do que na primeira, pois é mais comum que os profissionais de saúde usem a sua posição no mercado para complementar o seu rendimento.

4.1.3 Nepotismo genuíno e nepotismo falso

Nepotismo genuíno e nepotismo falso referem-se ao uso de redes informais para receber um serviço, tal como pular uma fila, e pode ou não envolver um pagamento real.

Para obter um serviço extra, um paciente pode fazer um pagamento ao provedor. Um pagamento para reduzir o tempo de espera é comum na Guiné-Bissau em todos os setores, ocorrendo no setor educacional receber uma bolsa de estudos para estudar no exterior ou no banco para chegar a caixa mais rapidamente. Isso é conhecido como *suco di bas*.⁸ Este tipo de serviço adicional pode ser classificado sob nepotismo genuíno. Muitas vezes, o usuário faz uso de suas redes sociais informais e o profissional de saúde mostra favoritismo às custas da população em geral. Isso não inclui necessariamente um pagamento real.

O uso de redes sociais informais é tão amplamente aceite socialmente que às vezes também é falsificado, criando 'falso nepotismo'. A equipa de suporte ou um limpador pode ajudar um paciente a contornar uma fila, apresentando falsamente o paciente ao profissional de saúde como um de seus parentes e recebendo um pagamento em troca de fazê-lo. É importante distinguir entre nepotismo genuíno e falso nepotismo, no entanto, pois este funciona como um complemento salarial não oficial solicitado. Esse tratamento preferencial suscita preocupações por equidade na prestação de serviços de saúde. Todos os entrevistados conheciam o termo *suco di bas* e membros da comunidade fora da capital fizeram muitas referências a Bissau e ao Hospital Nacional como locais onde esse tipo de pagamento ocorre com mais frequência.

'Testemunhei "suco di bas" muitas vezes, alguém chega com dinheiro e corta a linha' – Homen, Djumbai, capital regional

Apesar dos profissionais de saúde mencionarem com frequência que não deveriam aceitar esse pagamento, a maioria afirmou que sim - paradoxalmente denunciando e justificando o ato.

'Se alguém oferece esse pagamento, esse "suco di bas", você precisa sacrificar um paciente que está esperando e receber o dinheiro da oferta do paciente, porque você não tem nada ...' – Enfermeira, FGD, hospital regional

4.1.4 Doação não solicitada

Uma doação é um pagamento feito livremente pelo usuário do serviço, sem pressão do provedor, quando o usuário está satisfeito com o serviço recebido e gostaria de mostrar sua apreciação com dinheiro ou presente.

Uma doação ainda é considerada uma prática informal. No entanto, na perspectiva do profissional de saúde, considera-se algo transparente e legal:

'... há outras pessoas que apenas dão, por exemplo, eu trago meu paciente, vejo que a pessoa que atendeu meu paciente o atendeu bem, estou feliz com o trabalho que ele fez, pego dinheiro e dou a eles, estou feliz com o serviço. Isso é normal em todo o mundo, é dado após o tratamento, é transparente e é uma coisa clara' – Médico, hospital regional

Embora consideradas doações, ainda podem surgir problemas relacionados a essa prática em termos de prestação de serviços. Por exemplo, se a doação for feita com a expectativa de receber tratamento preferencial no futuro; se fornecer presentes influencia quem os médicos tratam, por exemplo tratamento preferencial aqueles de quem esperam receber uma doação "voluntária"; e se o pagamento não for realmente voluntário, mas o

⁸ Traduzido como 'um golpe baixo', referenciando o boxe quando um soco baixo é dado sem o conhecimento do oponente (ou seja, é oculto), mas esse golpe baixo garantirá que o oponente seja nocauteado (ou seja, o problema está resolvido).

paciente se sentir pressionado a fornecê-lo (veja acima na primeira categoria).

Durante um *Djumbai*, uma mulher grávida que sabia quais serviços são oferecidos gratuitamente, expressou seu desejo de pagar:

‘Sim, eu sei que a consulta [pré-natal] é gratuita, mas tenho que pensar no meu bebê, e a enfermeira está me ajudando, eu quero pagar’ – Mulher, Djumbai, vila rural

Nesse sentido, o usuário do serviço acredita que, ao pagar, está valorizando sua saúde. A disposição de pagar é fundamental para entender o mecanismo de taxas do usuário. Nesse caso, o usuário do serviço também simpatiza com as condições de trabalho do profissional de saúde.

4.2 Impacto na equidade, eficiência e qualidade da assistência

Para se analisar se a prática de pagamentos informais é um problema para o sistema de saúde, consideramos os prováveis impactos na equidade, eficiência e qualidade do atendimento. A prestação de serviços de saúde pública visa alcançar eficiência – a alocação de recursos financeiros limitados para atender às necessidades de saúde de uma sociedade – sem comprometer a equidade – a distribuição justa de recursos entre a população. É importante observar a diferença entre equidade e igualdade, esta última referente à distribuição igualitária de benefícios entre a população, o que nem sempre resulta em ganhos iguais. A qualidade dos cuidados é definida pela Organização Mundial da Saúde como ‘a medida em que os serviços

Caixa 2 Estudo de caso: corrupção do Conselho Médico

A Junta Médica na Guiné-Bissau possui um acordo com o governo português que permite a evacuação de pacientes que não podem ser tratados na Guiné-Bissau. Em 2016, 1.569 guineenses procuraram evacuar para Portugal através do MINSAP; destes, 1.025 pedidos foram encaminhados à Embaixada de Portugal em Bissau; dos quais 425 obtiveram o visto para tratamento. No entanto, essa rota de evacuação também é amplamente conhecida por ser uma rota de migração ilegal:

‘Muitas pessoas procuram a junta médica ... algumas procuram a junta quando estão doentes e outras procuram a junta como uma forma de imigração’ – Funcionário do governo, MINSAP

A taxa oficial para uma evacuação de um paciente é de 15.000XOF [~ 23 EUR], mas requisições equivalentes a mais de 100 vezes este valor foram citadas. Em 2017, o MINSAP respondeu à pressão da imprensa e criou uma comissão na qual mais de 450 pedidos falsos foram identificados e passados ao Ministério Público, onde o processo permanecia no momento em que este texto foi escrito. Foi citada como uma grande restrição na resolução desse problema a dificuldade em administrar a punição efetivamente devido à fraca aplicação das leis:

‘... Um médico escapou, apesar de terem tirado o passaporte.... Eles pegaram o documento dele, comunicaram com a imigração e a segurança da fronteira que essa pessoa não podia deixar o país, mas ele conseguiu outro passaporte e seguiu o mesmo caminho ... onde está o Estado? Algo está falhando.’ – Funcionário do governo, MINSAP

Durante entrevistas e discussões com profissionais de saúde em hospitais regionais fora da SAB, a falsificação de documentos para a Junta Médica e o alto preço associado foram frequentemente usados para justificar a aceitação ou a exigência de pagamentos ilícitos em pequena escala, com a visão de que Bissau é o centro da corrupção em que o ‘grande dinheiro’; muda de mãos. A existência dessa corrupção em larga escala influencia o nível de aceitação da corrupção em menor escala.

de saúde prestados a indivíduos e populações de pacientes melhoram os resultados de saúde desejados. Para conseguir isso, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas '(OMS, 2006 em Tunçalp et al., 2015: 1046).

4.2.1 Impacto na equidade

A maior preocupação é o efeito dos pagamentos informais na equidade. O ônus financeiro adicional para os pacientes e seus cuidadores cria uma barreira aos cuidados de saúde que não é distribuída uniformemente pela sociedade. Os resultados mostram que os mais vulneráveis, especialmente aqueles que vivem em áreas rurais ou com necessidades urgentes de saúde, provavelmente estão em pior situação.

'Por exemplo, nas consultas pré-natais, as mulheres ficam na vila por um longo tempo e, quando pergunto por que não foram ao hospital, dizem que é por causa do dinheiro. Mas é gratuito para elas...mas alguns profissionais de saúde estão se aproveitando, pedindo 1000XOF [~ 2 EUR] ou 2000XOF [~ 3 EUR] ...' – Médico, hospital regional

Aqueles que não puderem pagar podem adiar o tratamento, procurar atendimento alternativo que não seja regulamentado ou de qualidade inferior, ou evitar procurar atendimento por completo. A alta dependência das redes sociais informais no atendimento também resulta na alocação desigual dos cuidados de saúde. O maior custo dos cuidados de saúde devido a pagamentos informais aumenta a carga sobre indivíduos e famílias. Com uma mudança global em direção à UHC, principalmente por razões equitativas, a realidade dos pagamentos informais deve ser considerada, uma vez que ignorar tais pagamentos prejudica os esforços para alcançar a UHC.

4.2.2 Impacto na eficiência

A prática de pagamentos informais pode levar a uma alocação de recursos diferente do ideal social. Os serviços são usados por aqueles que podem pagar e não por aqueles com maior necessidade, afetando a eficiência social.

Nossas descobertas mostram que pagamentos informais são usados para aumentar o rendimento no contexto de um setor de saúde subfinanciado, com recursos limitados para pagar salários adequados e proporcionar condições mínimas de trabalho. Isso significa que esses pagamentos, atuando como uma forma de renda para os profissionais de saúde, poderiam contribuir positivamente para a retenção de profissionais de saúde no setor público, garantindo que os provedores sejam pagos pela prestação de alguns serviços e que alguns serviços realmente atinjam os usuários finais.

Apesar da possibilidade de influenciar a retenção de funcionários no espaço físico dos estabelecimentos públicos, no entanto, a prática privada dentro desses estabelecimentos públicos é comum (Russo et al., 2017). Mais pesquisas são necessárias para entender se os pagamentos informais motivam a retenção de profissionais de saúde ou se estão relacionados a um maior senso de desmotivação.

4.2.3 Impacto na qualidade

O efeito dos pagamentos informais na qualidade da assistência é difícil de mensurar e não era o objetivo do estudo: é útil considerar a avaliação da prática de pagamentos informais. A capacidade de extrair uma remuneração adicional pode incentivar os profissionais de saúde a criar atrasos no fornecimento de tratamento para justificar o pagamento exigido do paciente. A qualidade do atendimento também pode ser reduzida pelos profissionais de saúde para sinalizar que o próximo serviço será de qualidade inferior, a menos que um pagamento informal seja efetivado.

Um pagamento informal como pré-condição para o tratamento pode resultar numa recusa total ao tratamento de pacientes, e muitas vezes foi citado como resultando em mortes evitáveis, especialmente entre pacientes que não conseguiram encontrar o dinheiro para pagar por cirurgias ou mulheres grávidas que chegam para dar à luz cuja a admissao e rejeitada. Os entrevistados mencionaram que os profissionais de saúde, principalmente no Hospital Nacional de Bissau, se recusam a ajudar as mulheres grávidas se elas não efetuarem um pagamento adicional adiantado, o que já levou a mortes maternas e nados mortos. Atualmente, a assistência ao parto e procedimentos

médicos associados, como cesarianas, é gratuito no âmbito do programa PIMI, financiado pela UE (ver Caixa 1 anterior).

Também é possível que os pagamentos informais tenham um impacto positivo na qualidade, embora provavelmente apenas para os pacientes que podem pagar. O incentivo financeiro pode motivar os prestadores de serviços a prestar melhores cuidados e pode ser um fator de influência na sua decisão de continuar a prestar serviços no setor de saúde pública. Em termos de desvio de pacientes para o setor privado, isso pode ter um efeito negativo ou positivo na qualidade da prestação de serviços no sistema geral de saúde, dependendo da qualidade do atendimento privado.

4.3 Causas

Esta seção tem como objetivo entender as causas subjacentes das práticas informais discutidas na seção anterior.

4.3.1 Baixa remuneração e desmotivação dos profissionais de saúde

As razões apontadas para a ocorrência de pagamentos informais entre os profissionais de saúde concentram-se na baixa remuneração, ou falta da mesma, desmotivação, efeito de contágio entre os funcionários, más condições de trabalho e atitudes pessoais em relação ao trabalho. Um nível insuficiente de rendimento, que normalmente seria a soma do salário base, subsídios e incentivos (ou seja, bônus), foi citado como o motivo mais comum para pagamentos informais no setor de saúde pública. A linguagem usada com frequência pelos profissionais de saúde implicava que consideravam o ato de exigir um pagamento informal como um mecanismo de enfrentamento ou estratégia de sobrevivência:

‘Quando você está com fome, perde sua dignidade’ – Agente de saúde, FGD, hospital regional

O salário básico foi considerado injusto e os profissionais de saúde fizeram comparações entre o salário do setor público para sua categoria na Guiné-Bissau e os de outros trabalhadores do setor público, por exemplo advogados e diplomatas; profissionais de saúde em outras partes do mundo

e países vizinhos, como o Senegal; e profissionais de saúde em programas financiados externamente, como Médicos Sem Fronteiras.

‘As organizações pagam um bom salário a médicos e enfermeiras. O Estado não. Mas eles querem que todos trabalhem juntos, estamos fazendo o mesmo trabalho. Os Médicos Sem Fronteiras vieram aqui, ao nosso hospital, à enfermaria de pediatria, mas fazemos o mesmo trabalho que eles. Trabalhamos muito. Eu trabalho muito. Eu faço sacrifícios. Não temos tempo para descansar, mas esse médico está recebendo 400.000 XOF [~ 600 EUR] e recebo 130.000 XOF [~ 200 EUR], quanto vale esse dinheiro?’ – Profissional de saúde, FGD, hospital regional

Funcionários do governo, parceiros de saúde e membros da comunidade comentaram os baixos salários como uma razão para a existência continuada de pagamentos informais.

‘Acho que é por causa do salário ruim que os profissionais de saúde recebem. Deve ser o fator principal. Eles estão escapando da ética da profissão porque carecem de recursos. O salário não é suficiente para eles viverem, sobreviverem. Se eles receberem 75.000XOF por mês, [~ 114 EUR] poderão pagar aluguel, mensalidades escolares etc.? Eles vão cobrar de forma ilícita. Há uma falta e falta de quê? Salário.’ – Administrador, SAB, centro de saúde

Foram feitas referências aos subsídios baixos, irregulares e até mesmo ausentes, por vezes, pelo grau de isolamento (distância das instalações), às horas extras e aos riscos.

‘Estamos exaustos ..., estamos fazendo um serviço 24 horas/dia. Para um turno noturno fora do horário comercial, recebemos 750XOF [~ 1,14 EUR], isso não é suficiente para comprar um prato de comida, não é suficiente para comprar uma bebida, faria mais sentido ficar

sentado em casa em vez de vir trabalhar um turno noturno por 750XOF [~ 1,14 EUR]. É uma piada, as pessoas estão recebendo milhões em pagamentos de incentivo, eles não fazem nada; a desigualdade social é enorme, eu nem posso começar a explicar.’ – Profissional de saúde, FGD, hospital regional

Os incentivos atuais são considerados insuficientes pelos profissionais da saúde.

4.3.2 Uma cultura de recebimento informal de pagamentos

Também foram dadas opiniões contrastantes, principalmente de funcionários não governamentais, que argumentaram que o baixo salário é uma desculpa dada pelos profissionais de saúde para justificar os seus atos.

A sensação de que a prática de pagamentos informais é ‘normalizada’ foi destacada por um médico, que sugeriu que o problema fosse mais profundo que a remuneração baixa ou insuficiente e que pode ser interpretado como decorrente de uma ‘tradição de corrupção’, que não é apenas corrupção em si mesma ou apenas tradição. É uma norma social enraizada na sociedade para realizar atividades de maneira ilícita, para benefício pessoal.

Respondendo a essa pergunta sobre as causas dos pagamentos informais, os médicos mais graduados concentraram-se nas atitudes pessoais e na mentalidade dos profissionais de saúde, enquanto os funcionários mais jovens se concentraram nas más condições de trabalho e nos baixos salários.

‘... Porque na Guiné-Bissau, é algo que as pessoas criaram como um hábito, mas um mau hábito. Agora as pessoas entendem que isso é normal, mas ainda é um mau hábito. Se você não trabalha com a mentalidade das pessoas, bem ... você pode pagar milhões às pessoas; mesmo que pague milhões, elas podem continuar fazendo coisas ruins, porque há um problema. Não é que o dinheiro não seja suficiente; o problema é que o hábito já foi criado ...’ – Médico, hospital regional

Durante as entrevistas com os profissionais de saúde, houve um sentimento geral de abandono pelo Estado, o que criou desmotivação persistente e justificativa a ocorrência de pagamentos informais. Provavelmente, isso deve-se à falta de investimentos do governo em profissionais de saúde e em infraestruturas.

‘O ato está errado, mas se eles pudessem criar condições de trabalho e melhorar o controle, então ... mas se eles não criarem condições de trabalho, bem ..., se eu estiver com fome, encontrarei uma maneira de comer.’ – Enfermeira, centro de saúde rural

A falta de supervisão e falta de financiamento do estado alcançando as instalações implicam que os profissionais de saúde tenham liberdade para tomar as decisões que entenderam. As más condições de trabalho e de vida, combinadas com uma alta carga de trabalho, foram citadas como forças motrizes por trás de uma força de trabalho desmotivada.

‘Eu já disse por que existem cobranças ilícitas; não há luz, não há água e não há luvas, não há nada, nada, nada, então agora, como você vai acabar com essas práticas ilícitas?’ – Doutor, FGD, hospital regional

Para além disso, estagiários e aprendizes entram no sistema sem qualquer tipo de remuneração, o que foi descrito como um “convite” à corrupção. Um “efeito de pares” pode ocorrer aqui com os profissionais de saúde atuais envolvidos no ensino e no incentivo de novos recrutas a exigirem práticas informais.

‘Se você diz ‘isso tem uma taxa’, e então você pega o dinheiro e o coloca no bolso, e eu vi você fazer isso, você acha que não terei coragem de fazer a mesma coisa? Vou ter coragem, vou fazer isso também, e ninguém assume a responsabilidade’ – Enfermeira, centro de saúde rural

Essa situação persiste em parte devido às assimetrias de informação e poder.

4.3.3 Assimetrias de informação e poder

Discussões em comunidades rurais indicaram que pessoas não estavam cientes de que certas práticas de pagamento são ilícitas ou constituem uma informalidade. Quando questionadas se as mulheres grávidas pagavam pelos serviços de saúde, as entrevistadas disseram que sim, ou que sabiam de alguém que pagou por consultas pré-natais, partos ou registros de consultas.

Os aldeões que viajam para receber atendimento em hospitais regionais correm maior risco de pagar taxas informais. Esses pacientes tem menor capacidade de recorrer a redes sociais informais pois em grande parte são desconhecidos pelos profissionais da saúde. São penalizados por chegar sem os recursos financeiros para efetuar pagamentos de *suco di bas* e, em geral, são menos informados sobre taxas / preços e sobre os seus direitos.

Os entrevistados destacaram a falta de conhecimento sobre preços, esquemas de gratificação e como usar um estabelecimento de saúde em geral, incluindo onde pagar, a quem pagar, se é necessário solicitar recibos e onde comprar medicamentos:

‘Muitas vezes, as pessoas que serão tratadas nos hospitais, no centro de saúde, desconhecem todas as informações e os profissionais de saúde aproveitam o fato de que as pessoas não sabem ...’ – Coordenador, ONG

Dada a assimetria de informação entre profissionais de saúde e pacientes, o primeiro pode tirar proveito da lacuna de conhecimento do último, por exemplo, sem saber que um determinado serviço deve ser oferecido gratuitamente.

Os membros da comunidade urbana estavam mais conscientes das informalidades, especificamente a venda de medicamentos em farmácias particulares, *suco di bas* e tinham a impressão de que estavam sendo levados a pagar mais por serem cobrados por vários serviços ou medicamentos e/ ou que mais medicamentos estavam sendo prescritos para o lucro pessoal dos profissionais de saúde.

As unidades de saúde urbanas têm um maior número de pacientes e prestam serviços mais

complexos, nos quais os profissionais de saúde podem usar sua energia para cobrar mais. Há um tempo de espera mais longo nessas instalações e, portanto, maior recurso aos pagamentos de *suco di bas*. No Hospital Nacional, a ocorrência de informalidades é normalizada e abundante. Os entrevistados sugeriram que todos os serviços estavam sujeitos a pagamentos informais e que é do conhecimento geral que, se você não tiver dinheiro para pagar pela cirurgia, não será atendido e que provavelmente terá que incorrer em custos relacionados ao parto, embora este serviço seja atualmente fornecido de forma gratuita.

Os usuários do serviço geralmente têm medo de confrontos por causa de preocupações de que serão penalizados ao procurar tratamento futuro e porque a saúde é vista mais como um favor do que um direito:

‘As pessoas pensam que os profissionais de saúde que estão tratando os estão fazendo um favor, não é um direito que a pessoa mereça, mas a pessoa pensa que é um favor; portanto, quando o profissional de saúde pede algum dinheiro, eles dão algum dinheiro, pensando que se não o fizerem, não serão tratados’ – Agente de saúde, Hospital Nacional, SAB

Isso cria um ambiente no qual é raro fazer reclamações ou denunciar alguém. Os pacientes sabem que podem ter que retornar a esse mesmo profissional de saúde.

‘Os guineenses têm medo de dizer, “ele cobrou ...” eles estão preocupados porque podem ter que voltar e ser tratados pelo mesmo profissional de saúde, então não querem conversar.’ – Diretor, centro de saúde da SAB

Com pouquíssimos especialistas em saúde trabalhando na Guiné-Bissau e pouca concorrência no setor da saúde, os profissionais de saúde encontram-se numa relação de poder assimétrica e podem tirar proveito disso para obter ganhos monetários pessoais. A sua posição é fortalecida devido à falta de fiscalização e controles fracos em todo o setor.

4.3.4 Falta de responsabilidade

Os entrevistados fizeram referencia a uma grave falta de organização, um sistema desmontado e más práticas de gestao em todo o setor, do estabelecimento ao nível central. Alguns exemplos são dados abaixo.

‘Mas o problema é quem pode nos controlar? Se o nosso chefe que está lá no Escritório Regional esteve aqui e fez isso, e tem um rabhol de palha⁹, você tem um rabo de palha, eu tenho um rabo de palha, quem controlará quem? Eu sei o que você está fazendo, você sabe o que eu estou fazendo, como você vai me controlar? Todos nós vamos fingir’ – Enfermeira, FGD, hospital regional

Isto destaca o sentimento de impunidade, pois qualquer ator que tem poder está envolvido num jogo sem incentivos para quebrar a estrutura existente, que se tornou a norma.

‘Não há penalidade. Por exemplo, se um profissional de saúde decide trabalhar apenas às terças-feiras, não há penalidade, nem sanção. Se ele faz acusações ilícitas, não há penalidade, ou sanção; há uma falta de autoridade e respeito pela autoridade’ – coordenador, ONG

‘Você está lidando com dinheiro público e tem suas próprias necessidades, então você procurará esse dinheiro público ... o cofre do meu escritório, é seguro para o dinheiro público, mas você tem seus filhos que deveriam estar na escola ... Frequentemente é isso que motiva alguém a ser corrupto. Estar tão próximo do dinheiro público cria motivação para tocá-lo’ – Diretor, hospital regional

‘Como gerentes de hospitais, não temos poder; somos completamente limitados’ – Diretor, hospital regional

Há uma aceitação geral da corrupção generalizada, não apenas em todo o setor da saúde, mas em todo o país. É descrito como uma rotina e um hábito com a sensação de que todos, especialmente os tomadores de decisão, estão conectados e imunes.

‘Aqui [na Guiné-Bissau] alguém sempre é “meu sobrinho” ou algum membro da família, então eles são protegidos, mas sabemos que existem pessoas que praticam esses atos e que devem ser punidos’ – Funcionário do governo, SAB

‘Na saúde, as pessoas cometem erros e não são penalizadas. Se elas forem penalizadas, elas correm para o MINSAP porque conhecem alguém lá ... é um problema em todo o país’ – Médico, Hospital Nacional, SAB

O grande número de atores envolvidos destaca que a transparência em si não eliminaria essas práticas. Atualmente, os funcionarios de saude tem incentivos para se manterem alinhados com normas em prática, como a participação em requesicoes de pagamentos informais, como por outras pessoas da rede.

Conforme mencionado numa seção anterior, o sistema político a nível nacional exerce poucas pressões para que as regras sejam aplicadas ou para que o desempenho dos funcionarios de saude melhore. A instabilidade política compromete o trabalho dos funcionários públicos; o recrutamento, a nomeação e a transferência de pessoal são em grande parte determinados pela afinidade política e conexões pessoais, e mudanças frequentes no poder resultam numa alta rotatividade nas posições de liderança.

Estudando os recursos humanos no setor da saúde na Guiné-Bissau, Russo et al. (2017) descobriram que os profissionais da saúde passaram a ‘possuir’ o sistema público de saúde, fornecendo serviços irregulares, de baixa qualidade e apenas como pagamento para a sua propria subsistencia. A escassez de fundos e a “instabilidade política estável” levaram à

9 O 'rabo de palha' se refere à sensação de que, se alguém fosse incendiado, todos pegariam fogo.

comercialização de serviços públicos de saúde (ibid). Um estudo que explorou o envolvimento dos médicos na prática dupla constatou que em Bissau a prática privada formal *fora* de estabelecimentos públicos era muito limitada, enquanto a prática privada informal *dentro* de instalações públicas era não regulamentada e ‘integrada’ em todo o setor público (Russo et al., 2013). Ao avaliar a implementação da Iniciativa Bamako¹⁰ na Guiné-Bissau em 2011, Einardóttur (2011) constatou que os enfermeiros usavam pagamentos informais para manter os estabelecimentos de saúde abertos em tempos turbulentos, como durante o conflito militar

de 1998 e 1999, cobrando altos custos por tratamentos preventivos de saúde.

Dado que as decisões relativas ao recrutamento, implantação e promoção são tomadas principalmente com base no compadrio, e que há ampla impunidade, negligência e absenteísmo entre os profissionais de saúde, permanecer numa posição geralmente depende da capacidade do indivíduo de fortalecer sua rede informal. A geração de receita nas unidades de saúde (através de taxas formais de usuário e pagamentos informais) ajuda a manter acordos políticos localizados para as elites ao nível da instituição, com um custo para a sociedade em geral.

10 A Iniciativa Bamako foi uma declaração formal adotada pelos ministros da Saúde africanos em 1987 em Bamako, Mali, para implementar estratégias destinadas a aumentar a disponibilidade de medicamentos essenciais e outros serviços de saúde na África Subsaariana. Propôs a descentralização da tomada de decisões relacionadas à saúde para os níveis locais e o estabelecimento de políticas nacionais realistas sobre drogas para melhorar o fornecimento de drogas essenciais.

5 Discussão

Os pagamentos informais no setor da saúde são um problema, pois têm um impacto negativo sobre a equidade e também introduzem distorções que comprometem a eficiência e a qualidade. Nos piores casos, o tratamento pode ser suspenso ou deliberadamente adiado, com vistas a solicitar pagamentos informais, às vezes com resultados catastróficos. Há uma série de ações em vigor no momento da redação deste documento que abordam pagamentos informais, direta ou indiretamente (consulte a Tabela 3).

A nossa pesquisa revelou que os pagamentos informais assumem várias formas e são causados por uma variedade de fatores, dos quais baixos salários e uma cultura de aceitação de pagamentos informais são provavelmente os mais graves. Assim sendo, qualquer solução para o problema dos pagamentos informais na Guiné-Bissau deveria abordar estes dois fatores simultaneamente. Para fins analíticos, discutimos cada um deles.

Primeiro, salários baixos. Não é realista pensar que pagamentos informais podem ser erradicados ou mesmo significativamente reduzidos sem fazer algo para aumentar os salários dos profissionais de saúde. Mas o que deve ser feito? Os salários são baixos porque a Guiné-Bissau tem um baixo PIB per capita e, por consequência, um montante limitado de recursos públicos, com uma proporção comparativamente pequena da receita destinada à saúde. Uma razão subjacente para este último fator é que o sistema político na Guiné-Bissau é primordialmente estreito e elitista. Os pobres urbanos e rurais não são bem organizados e, a medida em que são incorporados no sistema político, é principalmente através de redes de compadrio. Não há forte pressão para aumentar os gastos sociais; não há contrato social em que as elites políticas obtenham legitimidade usando o Estado para prestar serviços, efetivamente e em escala. Parceiros internacionais e os defensores da saúde na Guiné-Bissau podem fazer lobby

sobre estado para aumentar os gastos com saúde. As eleições de 2019 podem oferecer uma oportunidade para elevar o perfil dos gastos com saúde; mas não é realista esperar uma mudança dramática. Mesmo que os gastos aumentem, não há garantia de que os benefícios incidam sobre os profissionais de saúde. A natureza dispersa do poder no sistema político significa que atrasos e desvios de receita são comuns.

Uma proposta mais radical é permitir alguma formalização de pagamentos informais. Isso envolveria permitir que os profissionais de saúde cobrassem taxas de forma transparente e retivessem receitas localmente, fornecendo incentivos eficazes para que prestassem serviços e permanecessem nos cargos. Seria um passo adiante na privatização formal de um serviço de saúde que já é em larga medida informalmente privatizado. O aumento da transparência em relação aos pagamentos pode mitigar alguns dos aspectos mais prejudiciais do sistema atual – como explorar os pacientes mais vulneráveis e sujeitá-los a atrasos desnecessários – levando, talvez, a maior eficiência e qualidade.

No entanto, tal proposta faria pouco para abordar a questão da equidade, e pode até exacerbá-la, dado que os cuidados de saúde seriam negados aos pacientes que são genuinamente incapazes de pagar. Os parceiros internacionais e as ONGs estariam provavelmente contra estas medidas, uma vez que contrastam com a ideia de que um estado moderno deve ter um serviço de saúde que funcione que ofereça serviços de qualidade a toda a população. É concebível que o governo, parceiros de desenvolvimento e ONGs possam institucionalizar medidas para ajudar os mais pobres, por exemplo, por meio de esquemas de equidade em saúde, como aqueles que operam em países como o Camboja, ou isenções para certos tipos de tratamento (Kelsall e Heng, 2016). No entanto, o fato de estes últimos já existirem para

os serviços da *MCH*, mas sem serem respeitados, leva-nos à segunda dimensão do problema.

Na Guiné-Bissau, existe uma cultura de exigir ou aceitar pagamentos informais, e as razões pelas quais ela persiste, como vimos, são diversas. Por vezes, os pacientes não têm informações adequadas sobre taxas e encargos. Mesmo quando esta informação esta disponível, há um desequilíbrio de poder entre os pacientes e os profissionais de saúde que os tratam. Mesmo quando as más práticas são expostas, os profissionais de saúde são geralmente protegidos por patronos noutras partes do serviço. Sem dúvida, se os profissionais de saúde fossem mais bem remunerados, os incentivos subjacentes a essa cultura seriam reduzidos. Mas é improvável que a cultura seja eliminada até que haja maior transparência, monitoramento e responsabilidade em todo o sistema. Como vimos, a natureza do sistema político na Guiné-Bissau significa que é improvável que isso ocorra através do que o Banco Mundial apelida de ‘rota longa’ de prestação de contas, com os cidadãos pressionando os seus representantes políticos que por sua vez transmitem estes incentivos, através da burocracia, aos prestadores de serviços públicos

(veja a Figura 1) (Banco Mundial, 2004). No mesmo sentido, é provável que o ‘rota curta’ da prestação de contas funcione sem investimentos consideráveis, uma vez que a pobreza e o analfabetismo da maior parte da população rural da Guiné-Bissau dificultam a responsabilização dos profissionais de saúde.

Levy e Walton (2013: 11) destacam a oportunidade de obter ganhos no espaço entre as rotas curta e a longa. Os autores apontam como os cidadãos podem influenciar o comportamento organizacional “ao envolver-se com uma variedade de partes interessadas que influenciam o comportamento organizacional em níveis intermediários”. É provável que ocorra mudança quando grupos de atores envolvidos se juntam para experimentar soluções. É provável que sejam encontrados entre os parceiros de desenvolvimento da saúde e na comunidade de ONGs e em algumas secções do próprio setor da saúde. Por exemplo, o Hospital Nacional realizou recentemente um fórum abordando tópicos sobre ética e corrupção e concordando com um conjunto de objetivos ambiciosos (ver Caixa 3). Dado o que sabemos sobre os fatores financeiros do problema, essa

Tabela 3 Ações atuais que visam pagamentos informais, direta ou indiretamente, na Guiné-Bissau

Implementador	Ações
Gabinete de Utente e AIDA	O <i>Gabinete de Utente, e Ayuda, Intercambio y Desarrollo</i> (AIDA) (ambas ONGs financiadas pela UE) buscam fornecer informações a pacientes e proteger seus direitos. Ações incluem a postagem de listas de preços em serviços de saúde; o apoio a um grupo de representantes da juventude de bairros do SAB para escrever boletins mensais citando más práticas; assistência aos centros no SAB na redação de um documento com as regras dos procedimentos; assistência a denúncias; trabalhando com assistentes sociais, etc.
PIMI	O PIMI oferece serviços <i>MCH</i> de forma gratuita para reduzir barreiras financeiras (ver Caixa 1). Informativos são distribuídos pelo <i>EMI</i> .
MINSAP	Assistentes sociais trabalham em serviços de saúde, especialmente no Hospital Nacional, oferecendo apoio e informações aos pacientes.
Hospital Nacional Simão Mendes	Um Fórum para profissionais de saúde foi organizado pelo pessoal do Hospital Nacional (ver Caixa 3).
MINSAP	Um comité foi formado pelo MINSAP para identificar papéis de evacuação falsos (ver Caixa 2).
Estabelecimentos de Saúde	Alguns hospitais individuais ou diretores regionais estão agindo de forma independente para prevenir más práticas através de conversas, avisos e cartas.
UNDP e PNM	O Programa Nacional contra Malária (PNM) e o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (United Nations Development Programme – UNDP) criaram uma linha telefónica gratuita para membros do público denunciarem questões relacionadas ao programa de malária, inclusive cobranças ilícitas para testes de malária e medicamentos.
MINSAP	Existem documento de políticas que cobrem esquemas de parceiros e do governo.

iniciativa parece altamente otimista. No entanto, os seus defensores podem ter como objetivo aprender com o que funciona e o que não funciona e unir forças com outros parceiros para pilotá-los de maneira iterativa noutras direções. É provável que os ingredientes da solução envolvam mais informações, monitoria e sanções (positivas ou negativas) e possam se basear numa série de abordagens, incluindo campanhas na imprensa com jornalismo de investigação, teatro comunitário, monitoramento de ONGs, tabelas de desempenho da comunidade, tabelas de classificação de desempenho do setor de saúde, comissões disciplinares, prêmios por excelência de serviço, e assim por diante. No entanto, a “receita” precisa para o sucesso terá que ser elaborada pelos atores locais no contexto nacional.¹¹

Todas essas iniciativas têm o potencial de reduzir a prevalência de pagamentos informais. Um corpo coordenador de defensores da reforma poderia monitorar essas experiências individuais e avaliar a sua eficácia. No entanto, os reformadores devem ser realistas. Dadas as restrições do sistema, é provável que os sucessos iniciais sejam modestos. Mas isso não significa que, com o tempo, se a energia for sustentada, estas iniciativas não possam transformar-se em algo mais substancial.

A ocorrência de pagamentos informais indica a necessidade de repensar a atual política de financiamento do setor da saúde na Guiné-Bissau e abrir um diálogo sobre mecanismos alternativos de financiamento da saúde para projetar um sistema de saúde que funcione a longo prazo. O setor de saúde é altamente dependente de pagamentos diretos e fundos externos, o que levanta questões de equidade e sustentabilidade. Em termos práticos, a abertura de um diálogo sobre mecanismos alternativos de financiamento da saúde deve começar com a realização de uma conferência sobre o tema, em colaboração entre o MINSAP e o Comitê de Coordenação de Parceiros do Setor da Saúde. Tal conferência deve promover um debate aberto e garantir que os grupos minoritários tenham espaço

para serem ouvidos e deve incluir funcionários do governo, parceiros de saúde, a associação de profissionais de saúde, grupos da sociedade civil e os próprios profissionais de saúde. A conferência deve começar ilustrando a política de financiamento atual, seguida pela apresentação de mecanismos de financiamento alternativos a serem discutidos e classificados de acordo com o quão técnico, viável, económico, equitativo e sustentável sejam. A realidade dos pagamentos informais deve ser abordada nesta discussão; ignorar a corrupção mina quaisquer esforços futuros para alcançar a *UHC*.

Os exemplos seguintes são sugestões de mecanismos que poderiam ser discutidos numa conferência desta natureza: a introdução de ‘impostos sobre o pecado’ (e.g. tabaco), destinados ao setor da saúde; um plano nacional de seguro de saúde implementado a nível comunitário; e mecanismos de financiamento baseados na comunidade. Palestrantes-chave devem ser convidados a descrever experiências de outros contextos, e um workshop deve avaliar as diferentes opções de financiamento. Um plano de ação com objetivos claros de curto, médio e longo prazo deve ser elaborado, monitorado de perto e avaliado pelos atores internos e externos.

5.1 Conclusão

Este artigo contribui para a compreensão da complexidade da privatização informal do sistema de saúde pública na Guiné-Bissau, que é pouco regulamentado e subfinanciado internamente. Ao entender qualitativamente, a partir de usuários e provedores do sistema, os quatro tipos principais de pagamentos informais e os processos relacionados, podemos começar a explorar um ponto de partida realista para abordar o problema e de que forma tal solução pode ser viabilizada, tanto tecnicamente como em termos práticos, para melhorar a equidade, a eficiência e a qualidade da prestação de serviços.

11 Os pontos de partida podem ser: anúncios de televisão e campanhas de mídia social mostrando um cenário sobre 'como usar um serviço de saúde pública', incluindo pagar apenas no caixa, solicitar um recibo, comprar medicamentos na farmácia. Isso pode ser comunicado em nível regional por meio de grupos interativos de teatro ou com a ajuda de um projetor; campanhas de rádio nos idiomas locais; mensagens informativas para dispositivos móveis, incentivando a população a "pedir um recibo" ou "pagar no caixa"; e envolvimento de agentes comunitários de saúde e grupos de cidadãos na distribuição de listas de preços e panfletos de 'como fazer'.

Os altos custos associados aos pagamentos informais e o aumento da incerteza para os pacientes podem levar a uma distribuição desigual dos cuidados de saúde, a uma perda de confiança no sistema público de saúde e a um resultado social ineficiente. Abordar os incentivos e motivações dos profissionais de saúde deve ser a primeira

Figura 1 Triângulo de responsabilidade do relatório mundial de desenvolvimento



Fonte: Adaptado do Banco Mundial (2004: visão geral)

prioridade do governo. No entanto, no clima atual não é realista esperar um aumento substancial dos salários públicos. Medidas de supervisão e controle precisam ser implementadas, mas, dada a distribuição de poder e a rede de atores envolvidos, faltam incentivos para os indivíduos romperem com essa estrutura e assumir a liderança nos processos de prestação de contas e transparência.

Este artigo defende abordagens experimentais e incrementais que devem ser monitoradas e avaliadas, em particular a ampliação do Fórum do Profissional de Saúde e medidas para aumentar o acesso às informações entre os usuários do serviço. Também é necessário iniciar um diálogo sobre a atual política de financiamento do setor da saúde, por meio de uma conferência de financiamento da saúde no país, com uma visão macro de longo prazo.

Ao fornecer uma taxonomia de pagamentos informais e uma análise dos fatores propulsores, esperamos que este documento seja uma contribuição valiosa para todos aqueles que buscam uma solução para o problema dos pagamentos informais na Guiné-Bissau.

Caixa 3 Fórum para profissionais de saúde

Um ponto de partida potencial seria a expansão da iniciativa da ‘Primeira conferência de técnicos e colaboradores do Hospital Nacional Simão Mendes’, que foi organizada de forma independente por profissionais de saúde do Hospital Nacional. Este Fórum ocorreu de 14 a 15 de setembro de 2018 em Bissau e contou com a presença de 120 participantes, a maioria dos quais profissionais de saúde. A agenda incluía discussões sobre ética profissional; a relação entre diferentes profissionais e usuários; os principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pelo hospital, como pacientes sem prontuários, absenteísmo da equipa, cobranças ilícitas, venda ilícita de medicamentos e consultas particulares; a importância do trabalho em equipa; identificação de restrições organizacionais e uma proposta de melhorias; e a importância de protocolos para o funcionamento do hospital.

As resoluções e recomendações foram acordadas num documento assinado. Exemplos de resoluções relacionadas com esta pesquisa incluem: não realizar ou permitir uma cobrança ilícita no hospital, ou seja, cobranças por consultas médicas, cirurgias, preenchimento de um relatório médico, solicitação de assistência médica, etc; não vender medicamentos a pacientes; não usar as instalações hospitalares para consultas particulares; e o compromisso de estabelecer um procedimento de boletim. No momento da redação, reuniões regulares dentro da diretoria do hospital estão a ser realizadas para monitorar o progresso de tais acordos. A singularidade dessa abordagem é que ela veio de dentro, iniciada por profissionais de saúde para tratar de questões enfrentadas pelos mesmos. Esse Fórum, focado no Hospital Nacional, poderia ser apoiado e duplicado nas regiões, na tentativa de iniciar uma discussão interna extremamente necessária. A monitoria das ações decididas nos Fóruns será crítico e deve ser apoiado por atores não estatais.

Anexo 1: Termos e percepções

A Tabela A1 ilustra a variedade de termos que os entrevistados usaram ao discutir pagamentos informais em português / crioulo e traduzidos para o inglês.

Dois provérbios surgiram nas entrevistas ao discutir a prevalência de pagamentos informais. O primeiro, *'kabra nunde kume na ki ta kume'* em crioulo significa 'onde a cabra está amarrada é onde come', o que significa que as pessoas são por natureza gananciosas e sempre buscarão tirar vantagem, seja lidando com pessoas doentes vulneráveis ou de outra forma. O segundo, *'lala keima, kau di segunda ka tem'* em crioulo significa 'o lugar está pegando fogo, não há segundo lugar', o que implica que, em uma situação ruim, as pessoas se cuidam primeiro.

Esse provérbio sugere um senso de necessidade e urgência, implicando que essas práticas sejam um último recurso.

De maneira esmagadora, os pagamentos informais foram percebidos como negativos. A Tabela A2 apresenta as várias percepções, opiniões ou comentários relacionados, dados pelos entrevistados em português / crioulo e traduzidos para o inglês.

As atitudes e percepções em relação aos pagamentos informais são negativas, independentemente do tipo de respondente. No entanto, a sensação de que o ato é 'normal' foi repetida, implicando que é uma prática difundida e frequente, e às vezes dando uma sensação de desesperança à situação.

Tabela A1 Vernáculos

Português / crioulo	Inglês
Pagamentos ilícitos	<i>Illicit payments</i>
Atos anormais	<i>Abnormal acts</i>
Pagamento anormal	<i>Abnormal payments</i>
Pagamentos informais	<i>Informal payments</i>
Cobranças ilícitas	<i>Illicit charges</i>
<i>Suco di bas</i>	<i>Low-blow (payment to reduce waiting time)</i>
Cola/Prenda	<i>Gift/present</i>
Sumo	<i>'Juice' (requested after childbirth)</i>
Pagamento fora de Sistema	<i>Payment outside the system</i>
Jogos ilícitos	<i>Illicit games</i>
Roubo	<i>Robbery</i>
<i>Malandrassé</i>	<i>Mischief</i>

Tabela A2 Percepções de entrevistados

Português / crioulo	Inglês	Entrevistado
Uma intenção lucrativa, um crime	<i>A profitable action, a crime</i>	Participante Não-governamental, SAB
Já é rotina, faz parte do sistema	<i>It is already routine, it is part of the system</i>	Participante Não-governamental, SAB
<i>A kila i ka sta diritu</i>	<i>It is not right</i>	Homem, <i>Djumbai</i> , capital regional
O ato é errado	<i>The act is wrong</i>	Enfermeira, centro de saúde rural
<i>Uma vergonha pa Sistema di saude</i>	<i>Shame for the health system</i>	Médico, hospital regional
É uma coisa normal no hospital	<i>It is a normal thing in the hospital</i>	Médico, Hospital Nacional Simão Mendes
Comportamento é de malvadeza	<i>The behaviour is perverse</i>	Mulher, <i>Djumbai</i> , capital regional
É um ato que não dignifica o profissional	<i>It is an act that does not dignify the profession</i>	Oficial do governo, SAB
Um comportamento negative	<i>Negative behaviour</i>	Homem, <i>Djumbai</i> , rural
<i>I ka sta bom, populacon i na sufri</i>	<i>It is not good; the population is suffering</i>	Enfermeira, FGD, hospital regional
Desumano	<i>Inhumane</i>	Vice Diretor, diretoria regional
Sabemos que não é ético	<i>We know it is not ethical</i>	Médico, hospital regional

Referências bibliográficas

- Belli, P., Gotsadze, G. e Shahriari, H. (2004) 'Out-of-pocket and informal payments in the health sector: evidence from Georgia' *Health Policy* 70(1): 109–123
- Bertone, M. P. e Witter, S. (2015) 'The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives' *Human Resources for Health* 13: 62
- Bertone, M. P., Lurton, G. e Mutombo, P. B. (2016) 'Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting' *Health Policy and Planning* 31(9): 1143–1151
- Bhargava, V. (2005) *Curing the cancer of corruption*. Washington, DC: World Bank
- Blundo, G. e de Sardan, J.-P. O. (2006) 'Why should we study everyday corruption and how should we go about it?' em G. Blundo e J.-P. O. de Sardan, with N.B. Arifari and M.T. Alou (eds) *Everyday corruption and the state: citizens and public officials in Africa*, pp.3–14. London: Zed Books
- Einarðóttir, J. (2011) 'Avaliação da Iniciativa de Bamako na Guiné-Bissau: Sem dinheiro estás morto'. República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde, Avaliação Encomendada pela Unidade de Implementação do PNDS e Patrocinada pelo Banco Mundial. Bissau: Ministério de Saúde de Guiné Bissau
- Ensor, T. (2004) 'Informal payments for health care in transition economies' *Social Science & Medicine* 58(2): 237–246
- Erlingsson, C. and Brysiewicz, P. (2017) 'A hands-on guide to doing content analysis' *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3): 93–99
- Fund For Peace (2019) 'Fragile states index – measuring fragility: risk and vulnerability in 178 countries'. Webpage. Washington, DC: Fund for Peace (<https://fragilestatesindex.org/>) [Acessado 2019].
- Gupta, M. S. e Tiongson, E. (2000) *Corruption and the provision of health care and education services*. Washington, DC: International Monetary Fund
- Jahangiri, R. e Aryankhesal, A. (2017) 'Factors influencing on informal payments in healthcare systems: a systematic review' *Medical Ethics Journal* 11(40): 73–92
- Kelsall, T. (2016) *Thinking and working with political settlements*. London: Overseas Development Institute
- Kelsall, T. e Heng, S. (2016) 'Inclusive healthcare and the political settlement in Cambodia' *New Political Economy* 21(2): 238–255
- Levy, B. e Walton, M. (2013) *Institutions, incentives and service provision: bringing politics back in*. Working Paper 18. Manchester: University of Manchester, Effective States and Inclusive Development Research Centre
- Lewis, M. (2006) *Governance and corruption in public health care systems*. Center for Global Development Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development
- Llor, C. e Bjerrum, L. (2014) 'Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem' *Therapeutic Advances in Drug Safety* 5(6): 229–241
- MINSAP – Ministério da Saúde Pública (2003) 'Recuperação dos Custos' ('2003 política de custo-contribuição'). Bissau: Ministério da Saúde Pública
- MINSAP – Direção da Administração do Sistema da Saúde, Ministério da Saúde Pública (2017)
- Onwujekwe, O., Agwu, P., Orjiakor, C., Mbachu, C., Hutchinson, E., Odii, A., ... e McKee, M. (2018) *Corruption in the health sector in Anglophone West Africa: Common forms of corruption and mitigation strategies*. Working Paper 005. London: Anti-Corruption Evidence, ACE SOAS Consortium

-
- Russo, G., McPake, B., Fronteira, I. e Ferrinho, P. (2013) ‘Negotiating markets for health: an exploration of physicians’ engagement in dual practice in three African capital cities’ *Health Policy and Planning* 29(6): 774–783
- Russo, G., Pavignani, E., Guerreiro, C. S. e Neves, C. (2017) ‘Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis’ *Human Resources for Health* 15: 12
- Start, D. e Hovland, I. (2004) *Tools for policy impact: a handbook for researchers*. London: Overseas Development Institute
- Stringhini, S., Thomas, S., Bidwell, P., Mtui, T. and Mwisongo, A. (2009) ‘Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania’ *Human Resources for Health* 7: 53
- Tatar, M., Ozgen, H., Sahin, B., Belli, P. and Berman, P. (2007) ‘Informal payments in the health sector: a case study from Turkey’ *Health Affairs* 26(4): 1029–1039
- TI – Transparency International (2017) *Corruption perceptions index 2017*. Berlin: Transparency International
- Tunçapl, Ö., Were, W., Maclennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., ... e Kristensen, F. (2015) ‘Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision’ *BJOG* 122: 1045–1049.
- UNDP – United Nations Development Programme (2016) *Human development report 2016: human development for everyone*. New York: United Nations Development Programme
- UNICEF – United Nations Children’s Fund (2016) *Guinea-Bissau multiple indicator cluster survey 2014*. 2016 edition. New York: United Nations Children’s Fund
- Vian, T. (2008) ‘Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions’ *Health Policy and Planning* 23(2): 83–94
- Vian, T., Feeley, F. G., Domente, S., Negruta, A., Matei, A. and Habicht, J (2015) ‘Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments’ *BMC Health Services Research* 15: 319
- WHO – World Health Organization (2016) ‘Global health observatory’. Electronic dataset. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/gho/en/>)
- World Bank (2004) *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington, DC: World Bank
- World Bank (2017) *World development report 2017: governance and the law*. Washington, DC: World Bank
- World Bank (2018) ‘Guinea-Bissau – strengthening maternal and child health service delivery project’. Washington, DC: World Bank
- World Bank (2019) *Guinea-Bissau: service delivery indicators report – health*. Washington, DC: World Bank



**Evidence.
Ideas.
Change.**

ODI is an independent, global think tank, working for a sustainable and peaceful world in which every person thrives. We harness the power of evidence and ideas through research and partnership to confront challenges, develop solutions, and create change.

ODI
203 Blackfriars Road
London SE1 8NJ

+44 (0)20 7922 0300
info@odi.org

odi.org
odi.org/facebook
odi.org/twitter