RELATÓRIO FINAL DA REVISÃO DO PROGRAMA SRMNIA-N

Outubro 17

Revisão integrada dos programas do Ministério da Saúde em relação à SRMNIA-N, sendo o período analisado, 2009-2016

Ministério da Saúde

RELATÓRIO FINAL DA REVISÃO DO PROGRAMA SRMNIA-N

Nota de agradecimento

Esta avaliação do SRMNEA-N não teria sido possível sem o apoio inabalável de todos os atores envolvidos. Este trabalho beneficiou do apoio dos participantes na

realização dos inquéritos, do comité de coordenação, bem como de todos os provedores, chefes médicos do distrito de saúde, funcionários centrais e distritais ao nível das estruturas estatais e os parceiros não-governamentais, funcionários do escritório do país do UNICEF, UNFPA e OMS, conselheiros regionais da OMS. Recebam todo o reconhecimento e agradecimento do consultor nacional.

Dr. Fernando Vaz das Neves, Consultor nacional

INDICE

Capa. 1
Nota de agradecimento 2
SIGLAS E ABREVIATURAS 5
ASPF 5
PREFÁCIO 7
A.CONTEXTO 9
METODOLOGIA 13
C.ANÁLISE DA SITUAÇÃO 15
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DAS MULHERES E DOS RECÉM-NASCIDOS 15
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO 19
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DOS ADOLECENTES 27
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE A PLANIFICAÇÃO FAMILIAR 32
DESCRIÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE PACOTES PRIORITÁRIOS 39
NÍVEIS DO SISTEMA E AS ZONAS GEOGRÁFICAS ONDE ESTÃO DISPONÍVEIS 39
D. RECOMENDAÇÕES 48
ANEXOS 49

SIGLAS E ABREVIATURAS

ASPF	Associação santomense de promoção da família
CAP	Conhecimentos atitudes e práticas
CNLS	Conselho nacional de luta contra a SIDA
DAF	Direcção dos assuntos financeiros
DIU	Dispositivo intra uterino
DCS	Direcção dos cuidados de saúde
IDS	Inquérito demográfico e da saúde
FNM	Fundo nacional de medicamentos
INE	Instituto nacional da estatistica
INPG	Instituto nacional da promoção do género
ISF	Indice sintético de fecondidade
IST	Infecção sexualmente transmissível
IDH	Indice de desenvolvimento humano
LNME	Lista nacional dos medicamentos essenciais
MAMA	Método de aleitamento materno e de amenorreia
MICS	Multiple indicator cluster survey
MS	Ministério da saúde
NV	Nados vivos
OMD	Objectivo de desenvolvimento do milénio
OMS	Organização mundial da saúde
ONG	Organização não governamental
PF	Planificação familiar
PIB	Produto interno bruto
PNDS	Plano Nacional de desenvolvimento sanitário
PNLS	Programa nacional de luta contra a SIDA
PSR	Programa de saúde reprodutiva
SIDA	Síndrome de imuno deficiência adquirida
SR	Saúde Reproductiva
STP	São Tomé e Príncipe
TDR	Termos de referência
TPC	Taxa de prevalência contraceptiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as crianças
UNPFA	Fundo das Nações Unidas para a população
VIH	Virus de immuno deficiência humana

PREFÁCIO

A revisão integrada dos programas de saúde reprodutiva materna, neonatal, infantil, adolescente e nutrição, (SRMNIA-N) em São Tomé e Príncipe foi uma grande oportunidade para fazer um balanço do que foi alcançado nos últimos cinco anos e definir a direcção para o futuro. Isso veio em um momento oportuno em que o Plano Nacional para a Saúde Reprodutiva (2012-2016) chegou ao fim e o país estava ansioso para implementar os compromissos assumidos para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e a Estratégia Global para Mulheres, Crianças e Saúde do Adolescente 2016-2030.

Nos últimos cinco anos, cada um dos programas em análise foi guiado por um documento estratégico, e mesmo para aqueles programas, cujos planos estratégicos ainda estavam em andamento, essa foi uma oportunidade para rever o progresso e definir novos passos a seguir. Os diferentes programas tinham documentado diferentes níveis de sucesso para a consecução dos objectivos definidos nacional e internacionalmente. O país conseguiu atingir o objectivo 4 dos ODM de reduzir a mortalidade infantil (MDG4), que é definitivamente uma demonstração de compromisso do governo e o enorme esforço de todas as partes interessadas. Houve também progressos substanciais na redução da mortalidade materna e na melhoria da saúde dos adolescentes.

Apesar das grandes realizações na melhoria do estado de saúde das mulheres, crianças e adolescentes, a revisão revelou que há muito que melhorar. Existe um continuum através do curso da vida e através do mesmo está o efeito transversal constante do HIV e AIDS que cada área do programa teve que reconhecer e lidar.Foi neste contexto que o Ministério da Saúde com o apoio da Organização Mundial da Saúde, UNICEF, UNFPA e outros parceiros de desenvolvimento, decidiu realizar uma revisão conjunta dos programas de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil, adolescente e nutrição, (SRMNIA-N), incluindo o programa de Protecção da Transmissão Mãe/Filho (PTMF). O objectivo era avaliar o progresso, identificar as inovações e os principais desafios, e desenvolver recomendações para melhorar o desempenho. Além disso, a revisão conjunta avaliou as questões de integração e vínculos entre os programas RMNCAH & N em todos os níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde, das Unidades de Saúde á nível central.

Os resultados e as recomendações desta revisão conjunta constituirão a base para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços da RMNCAH em todos os níveis; e fortalecer a integração e as ligações em todas as áreas do programa dentro do sistema de prestação de cuidados de saúde como um todo. Os resultados também foram igualmente utilizados para orientar na elaboração de um novo Plano Estratégico e contribuir para o desenvolvimento contínuo do Plano Estratégico do Sector de Saúde Pública e seus custos.

Convido a todos os funcionários e parceiros do Ministério da Saúde a lerem esse relatório de forma crítica e a utiliza-lo para se informar das decisões tomadas em diferentes níveis e fazer as melhorias necessárias em benefício das mulheres, crianças e adolescentes em São Tomé e Príncipe.

A Directora dos Cuidados da Saúde,

A. CONTEXTO

Trata-se nesta rubrica de apreciar as acções ou decisões maiores levadas a cabo pelos decisores em termos de documentos, declarações, engajamentos, de participação que tivesse tido influencia positiva ou negativa na planificação familiar.
Noutras palavras, é uma questão de avaliar o lugar concedido em termos de promoção ou restrição do acesso a serviços de PF de qualidade em documentos de políticas, no processo de planeamento operacional, no financiamento.
A partir da análise do contexto, parece que, a nível institucional, o programa de saúde materna e infantil e programa de planeamento familiar criado desde 1984 evoluiu para o Programa de Saúde Reprodutiva em 1995 após a CIPD de 1994 incluindo o planeamento familiar.
Este desenvolvimento foi refletido na política formal pelo desenvolvimento do Documento de estratégias, normas e políticas de SR em julho de 1996. Além disso, foram adotados vários documentos de políticas e planos estratégicos, incluindo:
- A Política Nacional de Saúde Reprodutiva, a mais recente em 2003.
- Declaração de Política Nacional de População de 2008
- A Política Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe 2012
- O Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS) 2012-2016,
- Plano Estratégico da SR para Segurança de Produtos (Plano SRP) 2010-2014

Nas estratégias, normas e declaração de políticas de Julho de 1996, o Planeamento Familiar (PF) visa o espaçamento dos nascimentos para a saúde materna e infantil. No entanto, os documentos do ministério (Política Nacional de Saúde, PNDS, Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil) não abordam adequadamente as questões de PF. De fato, nesses documentos, não há eixo estratégico ou objetivo específico para PF, e as questões de repartições demográficos não são abordadas. Por exemplo, se no documento do roteiro para acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, PF é descrito na análise situacional, não há objetivo específico para PF, exceto ao nível dos indicadores de monitoramento.
No entanto, é necessário destacar o apoio ao PF a nível nacional, o que se reflecte nas principais decisões para minimizar as barreiras ao acesso das pessoas aos serviços de PF. Em termos de prestação de serviços, há integração de serviços e os textos permitem todas as técnicas e métodos de contracepção em estabelecimentos de saúde públicos e privados que se qualificam, além do aborto induzido ou da interrupção voluntária da gravidez. Além disso, para acesso para todos, o governo decidiu sobre a política de isenção dos serviços de PF e da supressão dos direitos aduaneiros sobre os produtos de SR importados. Por outro lado não existem políticas restritivas ou de discriminação para o acesso ao PF ligados à idade, equidade ou status marital.

A saúde não é somente um direito fundamental, garantido pela constituição para cada um de nós, é também a base do desenvolvimento durável e por isso um investimento preciso para as gerações futuras.

A política nacional de saúde de São Tomé e Príncipe articula-se a volta dos princípios dos cuidados de saúde primários.

O programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento, adoptado por consenso em Setembro de 1994, no Cairo, reconheceu que um dos requisitos essenciais para o desenvolvimento humano e social é a melhoria da saúde das mulheres, dos homens, adolescentes e das crianças.

Os problemas de saúde reprodutiva são complexos e englobam aspectos de equidade social, estatuto e educação das mulheres, oportunidade de emprego, direitos humanos incluindo os direitos sexuais e reprodutivos e equilíbrio de poderes entre homens e mulheres.

Tal como acontece nos outros horizontes do mundo em desenvolvimento a família são-tomense constitui a base da sociedade e tem que ser considerada no contexto sócio-político-económico e cultural do país. Contudo, dada a situação actual, o país confronta-se com enormes dificuldades e carências caracterizada por alguma insuficiência na condição sócio-sanitária, entre outros, pesam no empobrecimento progressivo das famílias e da própria sociedade.

O contexto que procede a elaboração da política da saúde reprodutiva está recheado tanto no plano externo como no interno de acontecimento relevantes para a saúde da mulher, da criança e para a população em geral.

No âmbito externo referenciamos os seguintes: adopção da Declaração Universal dos Direitos Humanos; adopção da Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação da mulher (CEDAW); adopção da Convenção dos direitos da criança (CDC); a assinatura Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento no Cairo, e a de Beijing sobre a mulher; aprovação da Carta africana dos direitos do homem e dos povos; aprovação da Carta Africana dos direitos e Bem-Estar das Crianças; a declaração do milénio, entre muitos outros.

No plano interno referenciamos a Constituição da República; os programas dos diferentes Governos; a criação a nível governamental de instituições que advogam pela promoção e protecção da mulher e criança (Gabinete de Apoio à Mulher, o Gabinete de Apoio à Juventude por exemplo); a ratificação da Convenção dos Direitos da Criança; a aprovação da política nacional de saúde reprodutiva em 1996; a recente aprovação da Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza, entre outras.

Tendo presente o contexto e os problemas que determinam a condição da saúde reprodutiva em São Tomé e Príncipe, o documento de Política de Saúde Reprodutiva é uma tradução concreta do compromisso das autoridades nacionais em garantir

prestação de serviços de qualidade e um instrumento necessário para a promoção da saúde da mulher, da criança, dos adolescentes, dos jovens e dos homens.

Responde igualmente ao desejo dos profissionais de saúde e outros correlacionados em dispor de um quadro de referência oficial.

A era dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que acaba de terminar (1990-2015) viu a região Africana prestar uma grande atenção às doenças que tiveram maior impacto sobre a mortalidade infantil e materna. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e os compromissos regionais para sua implementação, incluindo a Estratégia Regional para a sobrevivência da criança e o Plano de Acção de Maputo para a saúde sexual e reprodutiva exigiam seguimento tanto do nível de investimentos assim como dos progressos em direcção às alterações desejadas ao nível da população. Informação e acompanhamento adequado do progresso para alcançar as metas dos ODM foram seriamente comprometidos pelas dificuldades de dados dos sistemas estatísticos nacionais, incluindo a falta de estruturas e procedimentos para medir e verificar regularmente as causas. Por isso a razão da actual revisão.

Durante o período decorrido entre os meses de Junho e Outubro de 2017, o país se viu envolvido num amplo processo avaliativo às estruturas sanitárias centrais, distritais e locais.

Como outros países da sub-região, São Tomé e Príncipe desenvolveu políticas, estratégias e planos relacionados com a saúde reprodutiva, materno, recém-nascido, infantil, Adolescente e Nutrição (SRMNEA-N) no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM 4, 5 e 6). No final dos ODM e no limiar dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODM), o país solicitou o apoio da OMS para realizar uma revisão integrada dos programas do Ministério da Saúde em relação à SRMNEA-N).

É nesta circunstância que o escritório da OMS em São Tomé solicitou a unidade IST / CA da MCH suporte técnico no planeamento e realização desta revisão integrada.

A revisão integrada dos programas de saúde materna, do recém-nascido, infantil, adolescente e de nutrição (SR-SMNIA), tem como objectivo geral identificar evidências acerca da avaliação de desempenho dos referidos programas em São Tomé e Príncipe. E teve como objectivos específicos:

1. Avaliar o progresso no sentido da realização dos resultados, resultados e metas articulados nos diversos planos estratégicos em análise;

2. Identificar elementos-chave de sucesso e possíveis barreiras ao progresso com base na paisagem dos sistemas de saúde, incluindo a capacidade de recursos humanos e outras restrições do sistema de saúde;

3. Avaliar a integração e os vínculos entre os programas RMNCAH em todos os níveis de saúde (nacional, distrital, unidades de saúde e níveis de comunidade) com referência especial à eficiência e eficácia da integração de PMTCT dentro da plataforma RMNCAH; e

4. Identificar e documentar as melhores práticas e inovações nas áreas do programa para possíveis replicações ou sugestões para programas futuros.

A actividade inicial foi um seminário realizado em português e francês na sala de reuniões

das Agências do Sistema das Nações Unidas, com mais de 30 participantes, principalmente funcionários do Ministério (Director e Coordenador da Saúde Materna e neonatal, PF, AIDI, Nutrição, PAV, Malária, HIV, TUB, promoção da saúde, serviços estatísticos dos respectivos programas e Directora dos Cuidados da Saúde do Ministério da Saúde).

Implicou o envolvimento de técnicos dos diferentes níveis das estruturas de saúde, parceiros nacionais e internacionais.

Os objectivos específicos para esta revisão :

1. Avaliar o progresso no sentido da realização dos resultados, resultados e metas articulados nos diversos planos estratégicos em análise;

2. Identificar elementos-chave de sucesso e possíveis barreiras ao progresso com base na paisagem dos sistemas de saúde, incluindo a capacidade de recursos humanos e outras restrições do sistema de saúde;

3. Avaliar a integração e os vínculos entre os programas RMNCAH em todos os níveis de saúde (nacional, distrital, unidades de saúde e níveis de comunidade) com referência especial à eficiência e eficácia da integração de PMTCT dentro da plataforma RMNCAH; e

4. Identificar e documentar as melhores práticas e inovações nas áreas do programa para possíveis replicações ou sugestões para programas futuros.

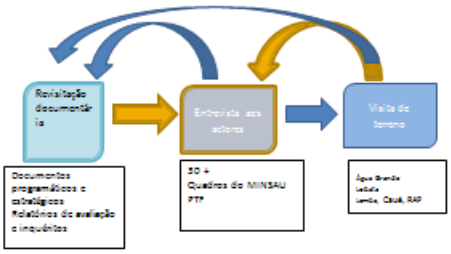
METODOLOGIA

Após o seminário de formação inicial a todos os intervenientes no processo, foram criados 5 grupos de análise temática, como a seguir se discrimina:

- **Grupo N°1**: Período preconceptional, saúde reprodutiva, gravidez, incluindo a componente comunitaria, comunicação e advocacia
- **Grupo N°2**: Saúde da mãe, Recem-nascido (parto e cuidados pós-parto para a mãe e pós-parto para o recém-nascido (0-7 dias), incluindo a organização de alimentação e nutrição para mulheres grávidas e lactantes
- **Grupo N°3**: (Recem-nascidos 7-28 dias e crianças até 5 anos de idade), incluindo alimentação e nutrição das crianças pequenas, componente comunitaria, comunicação e advocacia
- **Grupo N°4:** Saúde do adolescente, incluindo nutrição, componente comunitaria, comunicação e advocacia
- **Grupo N° 5**: Recursos Humanos, Gestão de aprovisionamento e stock e distribuição de medicamentos e produtos, liderança

nacional/Gestão/Coordenação, Parceria /Mobilisation / Mobilização de recursos SMNI-SR + Revisão/ Seguimento, Avaliação e pesquisa

METODOLOGIA DE TRABALHO



Cada grupo nomeou um presidente e um relator.
O ponto Focal do PNSR forneceu aos membros do grupo, documentos e relatórios antes do início do trabalho.
Todos grupos tiveram um período superior à 05 dias úteis, tendo em conta o calendário estabelecido pelo Comité de coordenação, para completar as fichas.
As fontes de dados foram indicadas
O relator do grupo foi o responsável por compilar todas as fichas preenchidas e passá-las para o Comité Directivo.
O relatório do grupo foi apresentado aos membros e serviu como documento de base durante o atelier.
O passo seguinte consistiu numa visita de terreno, previamente coordenadas com as autoridades sanitárias dos distritos: Lembá, Lobata, Agua Grande, Caué e Região Autónoma do Príncipe.

Neles foram visitados Centros Distritais e alguns postos sanitários e foram feitas entrevistas com as/os utentes dos serviços SRMNI-N.
Os relatórios da vista de terreno foram apresentados em plenária contando com a presença de participantes na visita, membros do comité de coordenação e do consultor nacional.
Após as apresentações, foram tecidas considerações à volta dos mesmos e foi dado um período para a finalização dos mesmos e remissão ao secretariado que a sua vez os fez chegar ao consultor nacional para a redacção do relatório de todo o processo.

A Revisão integrada propriamente dita dos Planos SRMNIA-N foi um processo participativo que se desenvolveu em 4 fases:

- Uma fase de planificação: criação de um comité de direcção, grupos temáticos e contratação de consultores (nacionais e internacionais), com o apoio de especialistas do IST / WHO / HQ;
- A fase de revisão da literatura pelos grupos temáticos com o apoio do consultor nacional;
- Um atelier revisão propriamente dito foi facilitado por especialistas do IST / WHO / HQ e consultores;
- Uma fase de validação: finalização do relatório da revisão e produção do memorando.

O atelier de validação da revisão do programa SRMNIA-N teve lugar em S.Tomé, na sala de reuniões do Sistema das Nações Unidas, de 15 à 20 de Outubro de 2017.

C. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DAS MULHERES E DOS RECÉM-NASCIDOS

INTRODUÇÃO

Os serviços de atenção à mulheres e recém-nascidos são oferecidos pelo Programa de Saúde Reprodutiva como componente dos Cuidados Primários da Saúde e vêm discriminados e documentados no documento intitulado, Plano Nacional SR 2012-2016 e nele se descrevem acções a serem empreendidas ao nível de todas as formações sanitárias e desenvolve os seguintes itens:

- Maternidade mais segura: acompanhamento da gravidez normal e em risco, parto e pós parto, promoção da amamentação, prevenção do aborto e tratamento de complicações e planeamento familiar.
- Distúrbios do sistema geniturinário: anormalidades funcionais, prevenção e tratamento de ITS / HIV / AIDS, infertilidade, transmissão materno-infantil do HIV, câncer de mama e cervical, sexualidade e cuidados com a menopausa.
- Violência baseada em género
- Cuidados neonatais
- Promoção da amamentação

- Prevenção da infecção pelo HIV
- Desenvolvimento, crescimento e recuperação nutricional
- Imunização
- AIDI (Atenção Integrada às Doenças da Infância)

Tabela 1 :Indicadores dos resultados do Plano SR 2012-2016

Indicadores de resultados (nivel actual)	**Fonte**	**Metas para 2016**
Taxa MM : 158/100 000 NV	IDS 2008-2009	< 100/ 100000 NV em 2016
Taxa de mortalidade neonatal : 18/1000 nascimentos	IDS 2008-2009	≤ 15/ 1000NV
Taxa de mortalidade infantil : 38‰	IDS 2008-2009	< 20%
Taxa de gravidezes nas adolescentes (15-19anos) : 22,8%	IDS 2008-2009	< 15%
Taxa prevalência contraceptiva : 31% (IDS 2008-2009)	IDS 2008-2009	50%
Taxa de prevalência do VIH na população geral : 1,5%	IDS 2008-2009	0,8%
Prevalência das VBG : 21%	IDS 2008-2009	< 15%

PRINCIPAIS RESULTADOS NESTE DOMINIO

Indicadores encontrados na revisão para o período pré-natal ao neonatal, são os seguintes:

- A Taxa de mortalidade materna segundo o IDS 2009 (158/100000), enquanto que MICS 2014 (74/100000).

O que traduz, por um lado, uma melhoria significativa, embora ainda alta

- A proporção de mães que receberam TT2 + durante a gravidez passou de 52,3 (IDS, 2009) para 72,1% (MICS, 2014)
- A proporção de mães que tiveram pelo menos 4 consultas pré-natais era de 72% (IDS,2009) e 83,6% (MICS, 2014)

- Proporção de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TPI durante a gravidez era de 61% (IDS,2019) e 12% 3+doses (MICS, 2014)
- Taxa de mortalidade neonatal era de 18% (IDS, 2009) e 22% (MICS,2014)
- A taxa de mortalidade neonatal é de 22 por mil e a mortalidade infantil de 38 por mil segundo estudo do UNFPA/MS
- Número de partos institucionais, 88,7% (Estudo HELPO,2017)

LACUNAS

- Muitos indicadores não têm referências comparativas, por ausência de dados nas fontes à dispor, pelo não foram tidos em conta.
- Proporção de mulheres grávidas que dormiram debaixo de um mosquiteiro impregnado na noite anterior era de 63% (IDS, 2009) e 60,9% (MICS,2014)

ESTADO NUTRICIONAL (Estudo HELPO, 2017)

MÃES (n=74)		**GRÁVIDAS (n=9)**
MUAC	NA	**≥23cm 100%**
Pressão Arterial	**Ótima/Normal** 74,3%	**Ótima** 77,8%
	Normal Alta/ HTA Grau 1, 2 e 3 25,7%	**Normal** 22,2%
IMC	NA	

CRIANÇAS (n=94)	
Prevalência de insuficiência ponderal	10,6%
≤ -2 (moderada e severa)	3,2%
≤ -3 (severa)	
Prevalência de atraso no crescimento	26,6%
≤ -2 (moderado e severo)	7,4%
≤ -3 (severo)	
Prevalência de emagrecimento e excesso de peso	4,3%
≤ -2 (moderado e severo)	1,1%
≤ -3 (severo)	7,4%
≥ 2 (excesso de peso)	

Embora haja informação insuficiente ou ausente nas fichas de recolha apresentadas, o estado de saúde das mulheres, recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos de idade, segundo os dados disponíveis ilustram de forma preocupante a realidade existente, com uma mescla de resultados, o que indicia uma aplicação não rigorosa das metas ou medidas preconizadas. Assim, a Prevalência de anemia em crianças (Hg <10g / dl), é de 67% em 2014, Taxa de mortalidade em crianças menores a 5 anos, é de 45% em 2014; Prevalência de níveis inadequados de retinol, é de 14,5%. Índice sintético de fecundidade, é de 4,4%; Prevenção da gravidez indesejada, é de 40,6%; Necessidade não satisfeita por contracepção, 32,7% (2014); A proporção de mães que receberam pelo menos 4 consultas pré-natais, é de 83,6% (2014); Toxóide tetânico para mulheres grávidas, é de 72,0% (2014); Proporção de recém-nascidos protegidos contra o tétano neonatal ao

nascimento, é de 90% (2014); Proporção de mulheres que receberam sal ferroso durante a gravidez, é de 95% (2014); Proporção de mulheres grávidas que dormiram debaixo dum mosquiteiro impregnado na noite anterior, é de 60,9%; Proporção de mulheres grávidas que receberam MI durante a consulta de gravidez, é de 80% (2016); Proporção de mulheres que fizeram primeira CPN é de 97,5% (2014); Proporção de mulheres que fizeram primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez, é de 61,7% (2016).

LIÇÕES, INOVAÇÕES E BOAS PRÁTICAS

Os Indicadores analisados demonstraram que ainda existe uma grande necessidade na melhoria dos documentos de base e no próprio sistema de informação sanitária, assim como na prestação dos serviços, nomeadamente na elaboração do Plano de Seguimento e Avaliação.

Existência de protocolo Pré-natal e emergência obstétrica em todos (CS e PS).

Existência de serviço de SR a todos níveis do Sistema de Saúde.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Constatou-se uma melhoria na prestação dos serviços e capacitação de recursos humanos nas estruturas que fazem atendimentos de pré, pós-parto e recém-nascido.

PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

INTRODUÇÃO

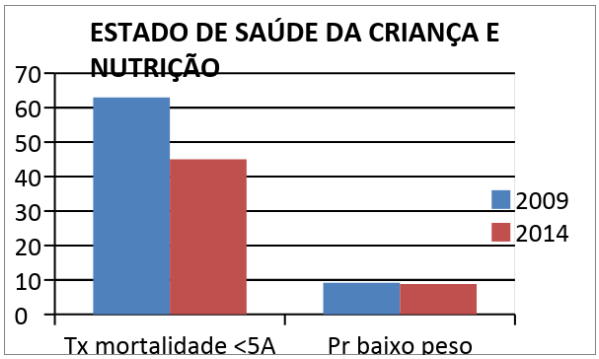
De acordo com o IDS de 2009 (3), as taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenilil diminuíram constantemente nos 15 anos anteriores à pesquisa, de 67 a 38 ‰, respectivamente, e de 102 a 63 ‰. Isso pode ser atribuído em parte aos resultados da vacinação, cuja cobertura para os principais antígenos (BCG, DTCP3 e VOP3) aumentou mais de 80% em relação ao ano 2000 (19);, da redução dos casos de Paludismo e da implementação da Estrategia AIDI.

Os principais contribuintes para a mortalidade de menores de cinco anos foram Asfixia, Prematuridade, Infecções bacterianas e desnutrição. A cobertura vacinal das crianças de São Tome e Príncipe é alta. O acesso ao tratamento das principais doenças da infância e a prática do aleitamento materno exclusivo é boa o que tem contribuído para a redução das taxas de mortalidade infantil rumo ao cumprimento de um dos ODM. Não obstante prevalecem ainda indicadores que nos deixam apreensivos como a prevalência da anemia nas crianças (62%) e respeitante ao estado nutricional das mesmas, 29% de crianças sofrem de malnutrição crónica.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, conheceu uma boa melhoria, tendo-se registado em 2009 - 63‰ e 45‰ em 2014 (MICS – 2014), no

entanto, não foi possível atingir a meta estabelecida do plano Estratégico que era inferior a 20‰.



- A Prevalência de baixo peso para a idade (z-pontuação -2 ou menos) era 9,2% em 2006 e 8,8% (MICS, 2014), demonstrando assim uma ligeira melhoria.

Gráfico nº 1 ESTADO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS < 5 A

É de notar que nas crianças dos 0 aos 5 anos entre 2009 e 2014 houve uma redução da insuficiência ponderal de 13,1% para 8,8%, da desnutrição crónica de 29,3% para 17,2% e da desnutrição aguda de 10,5% para 4,0%. Dos 6 aos 23 meses o número de crianças que consome uma variedade adequada de grupos alimentares não chega a metade e pouco menos de 60% faz o número de refeições mínimo recomendado (MICS 2014). Quanto ao estado nutricional das mulheres, destaca-se o facto de 8% das mulheres apresentarem um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 Kg/m^2 (magreza), e 33% apresentam excesso de peso dos quais 12% estão acima de 30 kg/m^2 (obesidade) (IDS, 2008/9).

PRÁTICAS DE CONSUMO ALIMENTAR

MÃES (n=74)				**GRÁVIDAS (n=9)**		
Número de Refeições		**Mediana 3**			**Mediana 5**	
Diversidade Alimentar Mínima		**Sim** 40,5%			**Sim** 22,2%	
Frequência de consumo de álcool no último mês						
Grupos alimentares consumidos						
CRIANÇAS	**n**	**Total**	**n**	**0 aos 23 meses**	**n**	**24 aos 59 meses**
Alimentação	97	11,3%	21	52,4%	76	0%
Atual		20,6%		42,9%		14,5%
Aleitamento materno exclusivo		68,0%		4,8%		85,5%
Leite materno e Diversificação alimentar						
Alimentação da família						
Inicio precoce da amamentação (1/2h)	93	75,3%		NA		NA
Até 2h		21,5%				
Mais de 2h/ Não sabe						
Crianças amamentadas	97	95,9%		NA		NA
Aleitamento materno exclusivo até aos 6m (0 aos 5m)	16	68,8%		NA		NA
Aleitamento predominante até aos 6m (0 aos 5m)	16	75,0%		NA		NA
Aleitamento continuado ao 1 ano (12 aos 15m)	9	88,9%		NA		NA

Frequência Mínima de Refeição (6 aos 59m)	81	79,0%	5	40,0%	76	78,9%
Diversidade Alimentar Mínima (6 aos 59m)	81	65,4%	5	40,0%	76	67,1%
Dieta Mínima Aceitável (6 aos 59m)	81	9,9%	5	20,0%	76	9,2%

LACUNAS

- Prevalência de anemia em crianças, demonstrou uma regressão, tendo aumentado a percentagem de crianças com anemia ou seja Hemoglobina inferior a 10g / dl, passando de 62,2% em 2008 (IDS, 2009) para 67% em 2014 (MICS 2014).
- Mortalidade Infantil (38% em 2009 (IDS, 2009) e 38% em 2014 (MICS, 2014).
- Para este indicador não se conseguiu alcançar a meta perspectivada que era 20%, tendo-se notado estagnação do mesmo.
- **Prevalência de HIV em crianças <5 Anos:**
- Os dados administrativos do PNLS demonstram que das crianças testadas em 2015/2016, a prevalência de VIH foi de 3,2%. No entanto no Estudo da HELPO, 2017, refere que 39,20 das crianças analisadas apresentavam um status VIH positivo contra 54,60 negativos.

- Apenas 6,2% (n=6) das crianças são casos confirmados de HIV-Positivo

  - **Prevalência de Baixo peso/Altura em 2014 = 0,8 % (MICS,2014)**

O Estudo da HELPO apresenta os seguintes dados:

CRIANÇAS (n=94)	
Prevalência de insuficiência ponderal	10,6%
≤ -2 (moderada e severa)	3,2%
≤ -3 (severa)	
	26,6%
Prevalência de atraso no crescimento	7,4%
≤ -2 (moderado e severo)	
≤ -3 (severo)	
Prevalência de emagrecimento e	4,3%
	1,1%

excesso de peso	7,4%
≤ -2 (moderado e severo)	
≤ -3 (severo)	
≥ 2 (excesso de peso)	

- **Prevalência de Baixo peso Altura/Idade em 2014 = 4,5% (MICS.2014)**
- Não foi possível fazer-se comparação por falta de informações nas fontes disponíveis.
- **Níveis de Retinol = 14,5% em 2010 (Programa Nutrição, 2010)**
- Não foi possível fazer-se comparação por indisponibilidade de informações

- **Baixo Peso a Nascença = 8,4% em 2014 (MICS, 2014)**

Informaçoes sobre o Baixo Peso recolhidas administrativamente de 2012 à 2016 são as seguintes:

2016

DISTRICTS	LOW BIRTH / BORN LIVES																			
	Jan.		Feb.		Mar.		Apr.		May		Jun.		Jul.		Aug.		Sep.		Oct.	
A. Grande	33	301	16	276	24	406	13	398	16	444	6	367	18	355	13	343	11	337	11	330
Lobata	0	15	2	21	2	25	0	21	1	24	0	22	0	23	0	20	2	17	0	21
Lembá	1	17	6	36	2	32	3	24	4	26	1	33	0	30	1	26	2	19	0	27
Caué	1	16	0	6	0	11	0	16	0	6	0	8	0	14	0	10	1	14	0	6
Príncipe	0	8	1	14	0	19	1	17	0	6	0	13	2	22	2	16	1	17	2	12
Total	**35**	**357**	**25**	**353**	**28**	**493**	**17**	**476**	**21**	**506**	**7**	**443**	**20**	**444**	**16**	**415**	**17**	**404**	**13**	**396**

2015

	Jan.		Feb.		Mar.		Apr.		May		Jun.		Jul.		Aug.		Sep.		Oct.	
A. Grande	22	301	8	383	29	319	12	413	33	445	18	408	18	372	15	339	18	468	10	331
Lobata	1	24	0	21	0	27	0	22	3	36	0	30	5	25	0	20	0	27	0	12
Lembá	2	30	2	21	3	18	1	31	2	27	0	21	0	28	2	32	1	28	1	18
Caué	0	17	1	15	0	21	0	13	1	13	1	20	1	13	0	18	0	20	0	7
Príncipe	0	18	1	18	2	11	0	12	0	12	1	17	1	15	1	15	1	12	3	14
Total	**25**	**390**	**12**	**458**	**34**	**396**	**13**	**491**	**39**	**533**	**20**	**496**	**25**	**453**	**18**	**424**	**20**	**555**	**14**	**382**

2014

	Jan.		Feb.		Mar.		Apr.		May		Jun.		Jul.		Aug.		Sep.		Oct.	
A. Grande	11	284	21	385	16	438	13	401	17	428	12	346	13	342	13	366	12	330	27	389
Lobata	1	20	3	22	1	19	3	27	0	13	0	25	3	35	3	30	2	26	0	44
Lembá	1	18	2	26	2	28	0	31	0	38	0	38	0	21	1	25	3	34	0	24
Caué	0	13	0	12	0	11	0	22	0	20	0	13	0	13	0	18	0	12	0	12
Príncipe	1	13	1	11	3	23	0	19	0	19	2	11	5	14	4	11	1	10	1	11
Total	**14**	**348**	**27**	**456**	**22**	**519**	**16**	**500**	**17**	**518**	**14**	**433**	**21**	**425**	**21**	**450**	**18**	**412**	**28**	**480**

DISTRICTS	LOW BIRTH / BORN LIVES																			

2013

	Jan.		Feb.		Mar.		Apr.		May		Jun.		Jul.		Aug.		Sep.		Oct.	
A. Grande	17	325	13	311	28	370	22	404	13	393	8	375	20	404	15	330	33	309	14	326
Lobata	3	17	1	21	0	15	0	21	0	26	0	21	3	27	0	23	4	20	0	16
Lembá	4	21	5	22	3	30	5	39	0	27	1	29	4	25	3	33	2	31	0	29
Caué	0	10	0	15	0	15	0	23	0	20	0	16	0	18	0	11	0	8	0	15
Príncipe	0	11	1	11	3	19	1	9	0	10	4	13	3	19	1	14	2	12	1	12
Total	**24**	**384**	**20**	**380**	**34**	**449**	**28**	**496**	**13**	**476**	**13**	**454**	**30**	**493**	**19**	**411**	**41**	**380**	**15**	**398**

2012

	Jan.		Feb.		Mar.		Apr.		May		Jun.		Jul.		Aug.		Sep.		Oct.	
A. Grande	19	316	19	282	26	397	23	423	15	432	13	392	8	343	22	346	20	343	20	365
Lobata	0	14	1	20	1	25	0	31	0	21	1	24	0	16	1	17	0	25	0	24
Lembá	1	42	1	26	1	34	1	30	1	22	2	35	1	21	1	28	1	19	0	27

Caué	3	9	0	12	0	16	0	18	0	22	0	7	0	9	1	14	0	7	0	18
Príncipe	0	20	2	16	3	14	1	16	3	18	3	12	0	8	1	10	4	17	4	14
Total	**23**	**401**	**23**	**356**	**31**	**486**	**25**	**518**	**19**	**515**	**19**	**470**	**9**	**397**	**26**	**415**	**25**	**411**	**24**	**448**

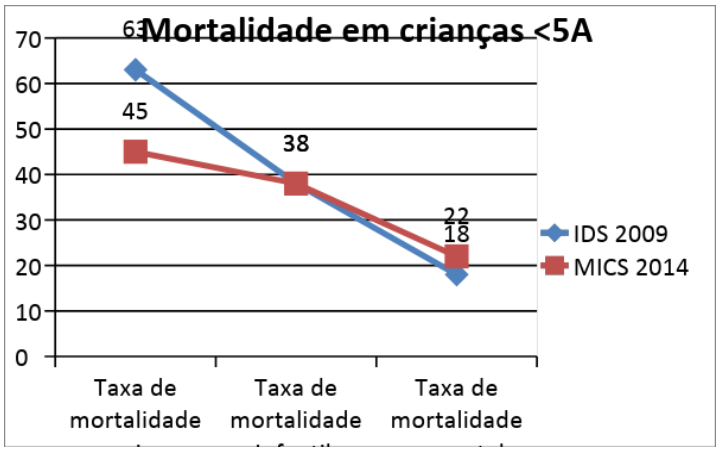
LIÇÕES, INOVAÇÕES E BOAS PRÁTICAS

Os Indicadores analisados demonstraram que ainda existe uma grande necessidade na melhoria dos documentos de base assim como na prestação dos serviços, nomeadamente a elaboração do Plano de Seguimento e Avaliação do Plano do Plano Estratégico.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- O impacto da saúde materna e infantil continua a ser uma preocupação e um grande problema para o país. De fato, a taxa de mortalidade materna permanece alta (74/100 000 NV, MICS 2014), a taxa de mortalidade neonatal é de 22 por mil (contribuindo com 57,9% com a mortalidade infantil) e a taxa de mortalidade infantil. 38 por mil. A taxa de fertilidade total é de 4,4 crianças em média por mulher.
- Formação/capacitação do pessoal de enfermagem da SR
- Aquisição de materiais para cuidados de emergência
- Acções de informação e Sensibilização à população
- Aumentar a campanha de distribuição de VIT A e SAL FERROSO

APRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MORTALIDADE EM MENORES DE 5 ANOS



PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DOS ADOLECENTES

INTRODUÇÃO

Existe uma Estratégia Nacional para a Saúde da Adolescência e Juventude e um Plano Estratégico 2008-2012 (13), que estava no seu último ano de implementação. Não foram elaborados novos documentos. Verifica-se que a falta de dados constitui um handicap para a realização do inquérito nesta faixa etária.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Índice Sintético de Fecundidade segundo os dados de INE 2009 (6,7 %0) enquanto que MICS 2014 (4,4 %0) o que mostra uma ligeira melhoria embora a meta seja de 3,3 %0(PSR 2012).
- Taxa de gravidez precoce entre adolescentes 10 -14 anos e 15 - 19 anos. Os indicadores apresentam-se estratificados, como a seguir se indica:
  IDS2009-15-19 Anos-22.8%
  PSR 2015 12-19 Anos - 16,9%
  MICS 2014 -10-14 Anos - 1.9% e de 15-19 Anos -24.6%
  PSR -2016- 13-19 Anos- 17,3%

Em relação a este indicador houve alguma melhoria, porque as informações vão crescendo. Não havendo uma meta de redução de gravidez precoce no último plano estratégico de adolescentes há uma certa dificuldade para a comparação das informações.

- Quanto a proporção de US que prestam serviços de SAJ adaptados para adolescentes e jovens: Todas as 36 US do país prestam SAAJ, embora a inexistência de um espaço específico para o atendimento aos adolescentes e jovens, limita a procura dos serviços pelos adolescentes.

- O uso de PRESERVATIVO entre os adolescentes:

CAP 2014- 40.6% e CAP- EEPAJ 2016-61.7%

Este indicador demonstra uma certa melhoria em relação ao conhecimento, e prática das relações sexuais.

- Conhecimento sobre a transmissão do HIV em adolescentes:

    - (IDS 2009) era na faixa etária dos 15-19 anos-Raparigas-73.8 e 74.3% nos rapazes.
    - Enquanto que o estudo CAP de 2014 indicava que eram 82.2% nas Raparigas e 84.7% nos Rapazes.

No que concerne a este indicador pode-se observar que houve progresso nas duas pesquisas realizadas.

- Taxa de tabagismo entre os adolescentes:

    - CAP 2013 - Rapazes 9.3%; Raparigas 2.1%
    - MCS 2014- Raparigas 0.4%; Rapazes 1.4%

Distribuição da prevalência segundo o método contraceptivo moderno (MICS, 2014)

Há uma evidente inflexão na comparação dos indicadores entre os grupos estudados.

LACUNAS

- Taxa de consumo de álcool entre adolescentes:

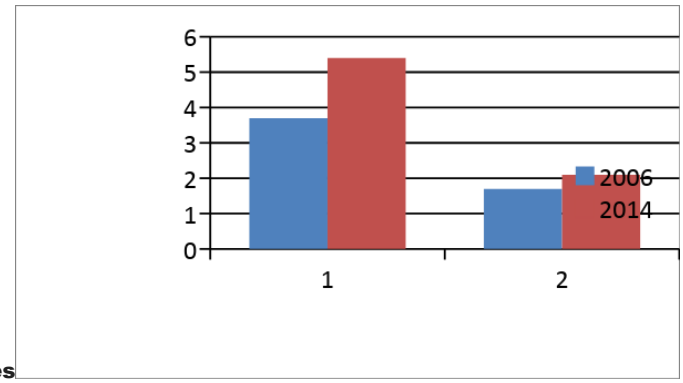
  - CAP 2006- Raparigas 6.7%; Rapazes e 12.3%
  - MICS 2014- Rapariga 7.5%; Rapazes 11.9%

Comparando as duas pesquisas concluiu-se que houve um aumento do consumo de bebidas alcoólicas neste grupo etário, embora estudos complementares sejam necessários para uma asseveração.

- Taxa de uso de drogas entre adolescentes:

  - CAP 2006- Rapazes 3.7%; Raparigas 1.7%
  - CAP 2014- Rapazes 5.4%; Raparigas 2.1%

Gráfico nº4



Taxa de uso de drogas entre adolescentes

De acordo com os resultados podemos verificar que uso de drogas por adolescente tende a aumentar.

LIÇÕES, INOVAÇÕES E BOAS PRÁTICAS

Muitos dos indicadores não são trabalhados (Taxa de gravidez na adolescência nas escolas, Violência baseada no género entre adolescentes, Prevalência de paludismo em adolescente grávida, Prevalência de serologia positiva para sífilis entre adolescentes grávidas, Proporção de adolescentes grávidas positivos rastreados e tratados por sífilis, Taxa de abortos entre os adolescentes, Taxa de mortalidade materna entre adolescentes, Taxa de prevalência do HIV entre os adolescentes, Taxa de incidência das principais IST: gonorreia, sífilis, clamídia, HPV, Taxa de mortalidade de adolescentes causada por acidentes de viação, Taxas de suicídio entre adolescentes, Prevalência de baixo peso em adolescentes, Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes), assim sendo, não foi possível encontrar informações sobre este grupo etário porque os dados não são desagregados por faixa etária de adolescente.

- Por outro lado, o grupo, verificou que a falta de um plano nacional da saúde dos adolescentes actualizados e com a meta definida, dificultou a avaliação do progresso dos indicadores.
- Dificuldade na e obtenção de dados desagregados por zonas, urbanas e rurais;
- Fraca participação ou procura de serviço de PF pelos adolescentes;
- Vários indicadores sem uma linha de base;

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- Incluir nos vários inquéritos (MICS, IDS e nos outros ministérios) questões ligadas a saúde dos adolescentes;
- Divulgar as linhas orientadoras para a saúde de adolescentes;
- Criar um mecanismo de proximidade entre sector de saúde, educação, juventude e a comunidade de adolescentes (associações);
- Integrar outros sectores do estado na problemática da saúde de adolescentes;
- Engajar as famílias sobre a problemática de adolescentes e jovens.

PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE A PLANIFICAÇÃO FAMILIAR

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através do Programa SR da Direcção dos Cuidados de Saúde, vislumbra elaborar um plano nacional de cinco anos para operacionalizar a política e actualizar estratégias e actividades no sector da saúde. Alguns documentos estão no final de sua implementação e outros no meio, do prazo. Além disso, é imperativo integrar intervenções relacionadas com a maternidade mais segura, o planeamento familiar, a segurança dos produtos de SR, a saúde dos adolescentes e dos jovens, a saúde infantil, a luta contra as IST / HIV / AIDS, saúde reprodutiva dos homens e violência de género.
Finalmente, o Programa deseja através deste plano, ter um painel de controlo para monitorar todas essas intervenções no campo da SR no país.
A provisão de serviços de PF é generalizada em todas as unidades de cuidados do país.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Não há disponibilidade de SONU básica e a única estrutura de referência (o hospital nacional) oferece SONU completo, mesmo que a sala de cirurgia da maternidade não esteja operacional na visita ao terreno da equipa de inquérito. A necessidade não satisfeita de PF é alta, especialmente entre os jovens (48% dos 15-19 anos de idade) e o uso do TPI é paradoxalmente insuficiente (61,6%) em comparação com a alta taxa de cobertura do CPN, segundo o Plano Nacional de SR 20112-2016. O mesmo é verdade para o uso de serviços de consulta pós-natal (63%) em relação ao pré-natal. O sistema de referência não é funcional devido à falta de recursos logísticos e de comunicação entre o nível comunitário e outras estruturas de cuidados de saúde.

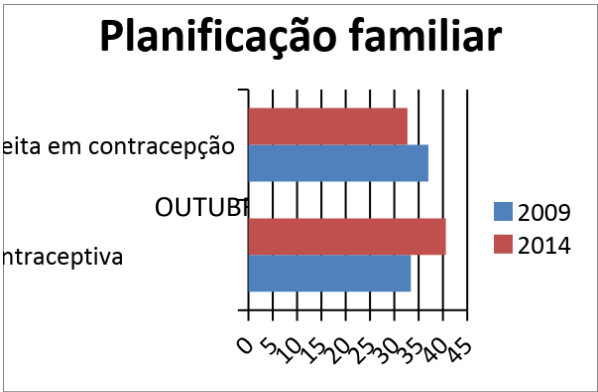
Índice sintético de fecundidade:

- IDS, 2009 - 4,9%, MICS 2014 - 4,4%

Meta: 3,3%

Taxa de prevalência contraceptiva:

- 33,4% (IDS, 2009) e 40.6% (MICS,2014)



Meta: 50%

Necessidade não satisfeita em contracepção :
37% (IDS, 2009) e 32.7% (MICS, 2014)
Meta : 20%

LACUNAS

Assinale-se grandes lacunas neste domínio, pois por falta de dados não é possível apresentar resultados tais como:

- A prevalência dos métodos contraceptivos modernos, particularmente no uso de preservativos masculinos e femininos;
- A taxa de fertilidade das mulheres

LIÇÕES, INOVAÇÕES E BOAS PRÁTICAS

- Capacitação dos enfermeiros e parteiras nos cuidados Pré-Natal focalizado, PF e emergência obstétrica.
- Existência de serviço de SSR a todos níveis
- Existência de protocolo Pré-natal e emergência obstétrica em todos os Centros e Postos de Saude (CS e PS)
- Existência de Manual orientador para atendimento de PF.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

São Tomé e Príncipe continuou a fazer avanços na prestação de serviços SR-PF para a sua população como um direito humano básico. No entanto, apesar de tais esforços, houve desafios nalgumas áreas gestionárias. A falta de disponibilidade dalgumas facilidades foi mais evidente nas áreas rurais, que não têm acesso a hospitais e, portanto, levantam questões de equidade com base na localização geográfica.
A prevenção e controlo do cancro do colo uterino não é fornecido de forma global e o Ministério da Saúde deve organizar os serviços neste sentido.
A despistagem de doenças detectáveis precocemente por métodos modernos, tais como, o cancro da mama, deve constituir para o Ministério da Saúde, um esforço a depreender no sentido da cobertura universal.
O sistema de informação da saúde deve ser operacionalizado e efectivo para a monitorização e seguimento dos dados.
O Ministério da Saúde deve disponibilizar serviços masculinos mais acessíveis.

EXPOSIÇÃO DA SITUAÇÃO SOBRE A COBERTURA DE INTERVENÇÕES / PACOTES PARA MELHORAR O ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES, RECÉM NASCIDOS E CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS DE IDADE

- Proporção de nascimentos na presença de pessoal qualificado. IDS 2009 (81.7%) MICS 2014 (92.5%)
- Proporção de nascimentos numa unidade de saúde. IDS 2009 (78.8%) MICS 2014 (91%)
- Proporção de bebés cujo cordão foi cortado com um instrumento limpo. IDS 2009 (78.8%) MICS 2014 (91%)
- Proporção de mães que tiveram cuidado de saúde nos primeiros dois dias após o parto. IDS 2009 (37%) MICS 2014 (86.8%).
- Proporção de recém-nascidos que receberam cuidados nos primeiros dois dias após o parto. IDS 2009 (78.8%) MICS 2014 (90.7%)
- Proporção de bebés de 6 a 8 meses que mamam e comeram alimentos sólidos e semi-sólidos pelo menos duas vezes na véspera do inquérito IDS 2009 (73%) MICS 2014 (74.1%)
- Proporção de mães que receberam TT2 durante a gravidez 52.3% (IDS,2009) e 72.1% (MICS 2014) correspondendo 47% a zonas rurais (IDS,2009) e 58% a zonas urbanas (IDS, 2009), MICS 2014: ND
- Proporção de mães que receberam pelo menos 4 consultas pré-natais 72%, (IDS, 2009) e 83.6% (MICS, 2014)
- Proporção de mulheres que receberam ferro durante a gravidez 91% (IDS, 2009) e 95% (PSR, 2016)
- Proporção de bebés de menos de 6 meses que fizeram aleitamento materno exclusivo:
    - Dados de base 44% (Plano Estratégico de SR, 2012-2016), e 73,8% (MICS, 2014)
- **Proporção de domicílios que usam sal iodado (15 + ppm):**
    - De acordo com os dados mais recentes, a taxa do consumo do sal iodado pela população santomense é de 88,1%, MICS 2014. Segundo o Plano do Programa Nacional de Nutrição a meta estipulada era de 95%, o que significa que ainda estamos aquem do desejado.

- **Proporção de crianças com 12 à 23 meses vacinadas contra sarampo antes de 12 meses:**
    - 93% (Relatório Conjunto OMS/UNICEF, JRF, 2016) crianças foram vacinadas em 2016 com este antigénio.
- **Proporção de crianças 12 à 23 meses que receberam PENTA3.**
- Proporção de crianças 12 à 23 meses que receberam PENTA3 - 96% (Relatório Conjunto OMS/UNICEF, JRF, 2016);
- Crianças 93% vacinadas com DPT3 em 2016
- **Proporção de crianças que dormiu sob um MIIDA na noite anterior:**
    - Era de 61,1% (MICS/2014) e 67,1% (Estudo CAP-Paludismo realizado em 2014) e em 2015, 70,1% (CAP – 2015).

EXPOSIÇÃO DE IMPORTANTES LACUNAS RELATIVAS À COBERTURA IDENTIFICADAS POR CADA SUBGRUPO:

- Proporção de mulheres grávidas que dormiu debaixo de mosquiteiro impregnado na noite anterior 63% (IDS, 2009) e 60.9% (MICS, 2014)

  Obs:. Houve rotura de stock de mosquiteiro neste último ano.

- Proporção de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TPI durante a gravidez 61.6% (IDS, 2009) e 12% (MICS, 2014 - mais de 3 doses)
- Proporção de mulheres que fizeram primeira CPN) 98% (IDS, 2009) e 97.5% (MICS, 2014)
- Estagnação da taxa de Mortalidade infantil em 38% Mortalidade Infantil 36.5 (MICS, 2014)
- Anemia em crianças com valores de hemoglobina inferiores a 10g/dl

As intervenções/pacotes prioritários que se estima possam melhorar a cobertura são:

- Prevenção da gravidez indesejada
- Cuidados pré-natais adequados
- Prevenção do paludismo
- Identificação e tratamento de urgências maternas, tais como, eclâmpsia e paragem de parto
- Cuidados adequados do cordão umbilical e higiene

Assinale-se que um estudo realizado em 2012 sobre os Determinantes Económicas e Sociais da Saúde (Analyse de la situation des déterminants sociaux et économiques de la santé et l'équité Sanitaire à SAO TOME et PRINCIPE, 2012) indicava que a cobertura em

matéria de saúde era maior nas zonas urbanas que nas rurais e aumentava em função do nível de rendimento, como ilustram as Tabela nº2 e Gráfico 6.

Tabela nº2: Cobertura na saúde segundo local de habitação

Gráfico

Saúde

Serviço de saúde	Total	Rural	Urbano	Relação U/R
Acesso	74,10	59,00	87,00	1,47
Utilização	14,90	14,70	15,00	1,02
Satisfação	68,60	68,50	68,70	1,00
Parto assistido	85,10	68,40	90,70	1,33

nº6

COBERTURA MÉDICA EM FUNÇÃO DO RENDIMENTO E DO GÉNERO

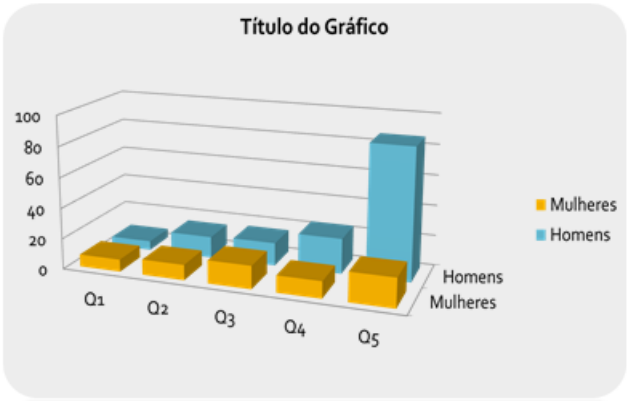


Gráfico nº4: Distribuição dos rendimentos por género

DESCRIÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE PACOTES PRIORITÁRIOS NÍVEIS DO SISTEMA E AS ZONAS GEOGRÁFICAS ONDE ESTÃO DISPONÍVEIS

Pacotes / Intervenções:

Antes de Gravidez:

Planeamento Familiar ao nível comunitário são realizados através das equipas móveis.
Ao nível de estrutura sanitária não são implementadas todos pacotes, mas existem duas unidades sanitá
1 em São Tomé e 1 na RAP que oferecem pacotes completos.
Existem prestadores formados em todas unidades sanitárias sobre o PF, mas a necessidade de capacit
alguns prestadores em determinados pacotes.

Prevenção de VIH e IST

Este pacote está disponível em todas unidades sanitárias fazendo-se aconselhamento, testes voluntário distribuição de preservativos, sensibilização com distribuição de folhetos, cartazes realizando-se com apoio das ONGs.

Prevenção e luta contra cancro de colo de útero

Já foi um pacote oferecido nas unidades sanitárias, mas que neste momento não esta disponível, mas há necessidade gritante de sua implementação de forma universal, ao nível primário ,secundário e ter

Cuidado pós – violação

Este pacote está disponível na unidades sanitárias, com aconselhamento pré e pós teste de HIV, bem cor profilaxia com anti -retroviral .

Prevenção, despiste e luta contra às IST

Este pacote está disponível em todas unidades sanitárias, com aconselhamento pré e pós despistagem de e entrega de preservativo.

Serviço adaptado aos jovens

Este pacote está disponível em todas unidades sanitárias, mas só o Centro de Saúde Reprodutiva de Agua Grande tem um espaço exclusivo para o atendimento.

GRAVIDEZ

Cuidados pré-natal almejados:

Prestadores de serviços formados em atendimento ao pré-natal focalizado em todas as unidades sanitá
Consulta Pré-Natal, acolhimento as grávidas (preenchimento de ficha)
Aconselhamento sobre o VIH, aleitamento materno exclusivo, alimentação e paludismo.
Despistagem de VIH, HBS, RPR
Análises de rotinas,
Vacinação TT
Profilaxia com Fansidar (TPI)
Suplementação com ácido fólico mais sal ferroso.
Distribuição de mosquiteiros impregnados.

PTMF/ETME

Este pacote está disponível em todas as unidades sanitárias.
Tratamentos e seguimentos das gravidas.
PCR aos recém-nascidos
Profilaxia aos recém-nascidos

ESBOÇO DE CONQUISTAS E LACUNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE CADA PACOTE EM TERMOS DE DISPONIBILIDADE, ACESSO, QUALIDADE E PROCURA

Pacote de intervenções	Realizações	Lacunas

Planeamento familiar	Disponibilidade Políticas, normas, fornecendo directrizes e padrões adoptados aos principais serviços: Planeamento Familiar esta disponível em todas unidades sanitárias e também é fornecida nas comunidades pelos prestadores de serviço, pelas equipas móveis. Em todas as comunidades existe uma caixa de oferecimento de preservativos M/F Produção e Distribuição de materiais de IEC (brochuras, folhetos, cartazes) Acesso	Algumas estruturas Sanitárias não são apropriadas para atendimento de adolescentes, excepção feita ao Distrito de Agua Grande Pouca adesão das mulheres à este Método (preservativo feminino) por tabus e preconceitos. Actividades de IEC pouco intensas para mudança de comportamento
	Algumas comunidades têm pouco acesso, mas a equipa móvel de saúde distrital ocupa destas funções com visitas mensais. **Qualidade** Serviços de planeamento familiar são gratuitos, incluindo todos os métodos Existência de equipamentos, métodos e medicamentos nas unidades sanitárias. Prestadores de serviços treinados **Procura:** As demandas no que se refere ao PF são satisfatórias, com uma cobertura de 47% (dados administrativos) e de 73,3% (MICS, 2014)	Falta de humanização por parte dos prestadores dos serviços.

Prevenção de luta contra as IST	**Disponibilidade** Existência de protocolo Nacional nas unidades sanitárias e dispõem também de um algoritmo Estão disponíveis em todas as unidades sanitárias Aquisição e distribuição de preservativos (Fem /Masc .) Distribuição de preservativos nas unidades sanitárias e comunidades, gratuitamente. Existência de prestadores formados em matéria de IST **Acesso** Testes disponíveis em todas as unidades sanitárias e são gratuitos.(HIV). Existência de medicamentos das IST nas farmácias **Qualidade** Formação contínua dos prestadores de serviços. Supervisão sistemática	Limitação geográfica dalgumas populações. Solucionadas com equipas móveis Os exames laboratoriais e os medicamentos não são gratuitos. Falta de alguns reagentes nos laboratórios para responder à demandas das utentes.

Atenção ao parto por pessoal qualificado	**Disponibilidade:** Este pacote está disponível em todos os distritos que têm maternidade (Lembá, Lobata, Caué (Porto Alegre e Angolares), RAP, HAM que é o hospital de referência. **Acesso** Acessível à toda população **Qualidade** Boa cobertura na assistência ao parto por técnicos qualificados, mas a qualidade não é desejável uma vez que o número de técnicos em obstetrícia é insuficiente e irregularmente distribuídos para o número de população (190 mil habitantes). Os recursos humanos do programa de PF são os utilizados no sistema de saúde, uma vez que as intervenções dos diferentes programas são integradas em termos de infra-estrutura e recursos humanos, particularmente no nível periférico. Procura Grande procura dos serviços por parte da população	Insuficiente em número de técnicos qualificados para dar resposta a sobrecarga nos serviços Cerca de 5% porcento da população vive a mais de 5km da unidade sanitária Escassos recursos financeiros da população para comprar medicamentos para uso ambulatório Distancia da população com uma unidade sanitária que possa dar resposta, demora da paciente em chegar os serviços de saúde, rotura de stok de materiais e consumíveis,
Aleitamento materno	**Disponibilidade:** Este pacote está disponível em todos os distritos que têm maternidade (Lembá, Lobata, Caué (Porto Alegre e Angolares), RAP, HAM. Mesmo a nível dos centros onde não existem maternidades é efectuado nos centros de saude e postos sanitarios, quando necessário. **Acesso:** acessível a população em todos os serviços com maternidade a qualquer momento. Há sempre alguém capacitada em todos os serviços **Qualidade:** boa Procura : Boa procura do	Falta de alguns recursos materiais de reanimação e consumíveis Cerca de 5% porcento da população vive a mais de 5km da unidade sanitária Escasso recurso financeiro da população em comprar medicamentos para uso ambulatório **Necessidades:** Mais técnicos treinados nos cuidados dirigidos aos recém-nascidos, bem como

	serviço por parte da população	materiais para reanimação

C. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

OS PROBLEMAS MAIS IMPORTANTES QUE CAUSAM LACUNAS NA DISPONIBILIDADE, ACESSO, QUALIDADE E PROCURA) DE UM PACOTE E, CONSEQUENTEMENTE, BAIXA COBERTURA

- Falta de pessoal de enfermagem em quantidade e qualidade, por fraca planificação dos recursos humanos para o acometimento de intervenções no sistema
- Ausência de dados sanitários, por ausência de um sistema de informação sanitária
- Deficiência na obtenção de informações das unidades sanitárias, por ausência de mecanismos efectivos de informação sanitária intra-distrital
- Deficiente sistema de supervisão do sistema sanitário, por falta ou deficiente supervisão funcional nos distritos
- Deficiente sistema de referência e contra referência

SOLUÇÕES

- Fazer advocacia para aumentar a rubrica destinada para medicamentos, equipamentos e consumíveis destinadas ao parto com pessoal qualificado
- Reforçar o número de pessoal qualificado nas unidades sanitárias e centro de referência
- Investir na qualificação dos quadros de saúde
- Rever auditoria de mortes maternas
- Reorganizar comité de auditoria de morte materna
- Iniciar o processo de revisão e discussão de morte neonatal
- Promover melhoria de condições e reorganização de serviços
- Capacitar os técnicos em cuidados pós aborto
- Apetrechar os serviços de saúde
- Criar um espaço especifico para atendimento aos utentes (ADOLESCENTES);
- Formar o pessoal em PF e comunicação interpessoal;
- Reforçar a supervisão formativa e atualização dos prestadores formados.
- Realização de campanha de sensibilização ao nível comunitário;
- Reforçar a capacidade CPN precoce;
- Reforçar a integração de PTMF, MIP, syphilis, HBS, HIV na CPN;
- Promover a preparação do parto;
- Formar e capacitar os prestadores de serviços em novos padrões (OMS)
- Sensibilizar o nivel comunitario sobre a importancia e os beneficios de PF
- Elaborar um plano de formação para os prestadores de serviços
- Actualizar o plano de seguimento e avaliação

- Atualizar a ficha de supervisão
- Supervisionar regularmente os serviços de saude reprodutiva distrital
- Elaborar um plano de formação para prestadores de serviços
- Actualizar o plano de seguimento e avaliação
- Atualizar a ficha de supervisão
- Supervisionar regularmente os serviços de saude reprodutiva distrital
- Recapacitar os quadros em materia de ética e deontologia

D. RECOMENDAÇÕES

- **GOVERNANÇA**
    - **À ESTRUTURAS CENTRAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**
        - Elaborar um plano de desenvolvimento dos RH de acordo com as reais necessidades dos sectores
        - Aumentar o percentual do OGE para as políticas públicas, em particular para os serviços ligados à SR

- **RH E NFORMAÇÃO SANITÁRIA (SIS)**
    - **A DAF DO MINISTÉRIO:**
        - Revisitar o plano de desenvolvimento dos RH da Saúde;
        - Definir as necessidades prioritárias dos quadros
        - Criar um plano de formações de quadros qualificados;
        - Instaurar certificado de mérito aos técnicos mais destacados
        - Implementar a progressão da carreira
        - Produzir materiais de IEC para campanhas de sensibilização (CNES e PSR)
        - Proporcionar melhor funcionalidade ao SIS

- **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**
    - **A DAF DO MINISTÉRIO:**
        - Advogar junto aos decisores (Governo e parceiros) para a mobilização de fundos para construção de espaço nas unidades sanitárias em S.Tomé e RAP

- **A DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DA SAÚDE:**

  - Alargar os cuidados pós aborto básico para os centros sem maternidades
  - Aplicar estratégias inovadoras de Planeamento familiar;
  - Reforçar o mecanismo para a garantia de qualidade dos serviços de PF.
  - Capacitar os prestadores em matéria de PF
  - Acelerar a implicação dos chefes da comunidade e líderes religiosos, do sector privado e a sociedade civil;
  - Criar um mecanismo que assegure a qualidade dos serviços de CPN;
  - Advogar junto as estruturas centrais do Ministério da saúde sobre a magnitude dos problemas dos adolescentes e criação de uma linha orçamental para o efeito.
  - Sensibilizar o departamento de epidemiologia na recolha dos dados estatísticos sobre os adolecentes.

ANEXOS

Lista dos participantes

No processo de revisão do programa: coordenador da avaliação do programa, membros do comité de coordenação, participantes do workshop e facilitadores:

Nomes:

1. Alexandrina Rodrigues
2. Amélia das Neves
3. Arlindo Lima Ruyvo
4. Diolindo Lima
5. Maria Amado
6. Ednilza Solange Vilanova
7. Maria Quaresma Anjos
8. Elisabeth Carvalho
9. Nelson Bandeira
10. Joaquim Alves Fernandes
11. Leila Silva Aguas
12. Sílvio Santos
13. Alzira Rodrigues
14. Filomena Monteiro

15. João Costa Neto
16. Neusa Carvalho
17. Osmar Fernandes
18. Bill Tomas
19. Maria Helena Costa Neto
20. Juliana Ramos
21. Mayda Ramos
22. Vladmir Costa e Sousa
23. Diogo Janú
24. Francisca Novais
25. Hugo Silva
26. Eneida M.Verde
27. Heng dos S.Pinheiro
28. Maria Tomé Palmer
29. Apolíbio Correia
30. Ghislaine Conombo
31. Daisy Trovoada
32. Fernando Neves