

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS NA ILHA DE SÃO TOMÉ



AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS NA ILHA DE SÃO TOMÉ

JANEIRO 2024

AGRADECIMENTOS

A todos os elementos das equipas de gestão (Bonanza Encarnação, Cesaltino Bragança, Ana Cristina, Hitler Vicente, Manuela Ferreira, José Maria Neto, Olinto Boa Morte, Nilson Dias, Manuel Dias, Edzar Cabral, Elizier Pereira Nunes, Cheila Luiz) e demais profissionais dos Distritos de Saúde na ilha de São Tomé, à Dr.^a Isaulina Barreto (Diretora de Cuidados) e Hugo Silva (Coordenador do Reforço do Sistema da Saúde), pela disponibilidade e trabalho em equipa, pela análise crítica e discussões construtivas que contribuíram para a elaboração deste relatório.

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS.....	6
INTRODUÇÃO	7
AValiação FUNCIONAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS- METODOLOGIA.....	9
CONTEXTO NACIONAL	10
CONTEXTO SANITÁRIO	11
Um novo perfil epidemiológico	11
Capacidade e acesso aos serviços de saúde	12
Proteção financeira	13
Saúde reprodutiva, materna e neonatal.....	13
Saúde infantil e dos adolescentes	15
Saúde dos adultos e idosos.....	16
Doenças transmissíveis.....	16
Doenças não transmissíveis.....	17
Emergências de saúde pública	18
Determinantes sociais da saúde (DSS).....	19
Fatores de risco para a saúde.....	20
Riscos ambientais	21
Sistema de informação sanitária (SIS)	21
O DISTRITO SANITÁRIO.....	22
CAPACIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25
SERVIÇOS CLÍNICOS	26
CONSULTA EXTERNA	27
LABORATÓRIO	28
OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO- Rx E ECG	29
SERVIÇO FARMACÊUTICO.....	30
SERVIÇO DE INTERNAMENTO (Enfermaria).....	31
SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	32
SERVIÇO MÉDICO	33
SERVIÇO DE URGÊNCIA E REANIMAÇÃO	34
SERVIÇO DE MATERNIDADE	35
SERVIÇOS DE APOIO	36
COZINHA.....	36
LIMPEZA	37

SERVIÇO DE ROUPA E LAVANDARIA	38
SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO	39
CASA MORTUÁRIA	40
REFERENCIAÇÃO DE DOENTES E SERVIÇO DE TRANSPORTE DE DOENTES URGENTES	41
QUESTÕES TRANSVERSAIS.....	42
GESTÃO DE RESÍDUOS	42
PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO	43
REGISTOS MÉDICOS (Arquivo)	44
INFRAESTRUTURAS, ENERGIA E ÁGUA	45
EQUIPAMENTO MÉDICO	46
EMERGÊNCIAS.....	47
RECURSOS HUMANOS.....	49
FINANCIAMENTO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E PARCERIAS.....	51
AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIA.....	52
MULTISSETORIALIDADE.....	53
CAPACIDADE DE GESTÃO	55
GESTÃO GERAL	55
GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA	56
DIREITOS DOS DOENTES E GESTÃO DOS CUIDADOS DOS DOENTES.....	56
CAPACIDADE DE SUPERVISÃO	58
OPORTUNIDADES E RECOMENDAÇÕES.....	59
PRÓXIMOS PASSOS.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	63

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ASC – Agentes de Saúde Comunitária

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CUS – Cobertura Universal de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DNT – Doenças não transmissíveis

DTN – Doenças tropicais negligenciadas

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DT – Doenças transmissíveis

DTN – Doenças tropicais negligenciadas

HAM – Hospital Dr. Ayres de Menezes

HTA – Hipertensão arterial

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PS – Postos de Saúde

PSC – Postos de Saúde Comunitários

PEID – Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento

STP – São Tomé e Príncipe

VRID – Vigilância e resposta integrada às doenças

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a forma mais inclusiva, equitativa, custo-efectiva e eficiente de alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde. São a "porta de entrada" de um sistema de saúde e fornecem a base para o reforço das funções essenciais de Saúde Pública (Fig.1) melhorando assim a segurança sanitária de indivíduos e comunidades. É consensual que os objetivos de saúde pública só podem ser alcançados no âmbito de um sistema de cuidados de saúde altamente funcional e resistente, com uma prestação eficaz de cuidados de saúde primários integrados, ações multisectoriais que abordam os determinantes da saúde mais vastos e o envolvimento e capacitação de indivíduos e comunidades contribuindo para uma maior participação social e um reforço dos cuidados de saúde autónomos e da autossuficiência em matéria de saúde.

Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados abrangentes e de qualidade - desde a promoção e a prevenção ao tratamento, à reabilitação e aos cuidados paliativos - tão perto quanto possível do seu ambiente quotidiano, ao longo de toda a sua vida.

A prestação de serviços de cuidados primários de boa qualidade, que são seguros, eficazes e centrados nas pessoas, gera confiança nos cuidados primários e incentiva uma maior utilização.

- 1 Avaliar e monitorizar o estado de saúde da população, os factores que influenciam a saúde e as necessidades e recursos da comunidade.
- 2 Investigar, diagnosticar e resolver problemas de saúde e perigos que afectam a população.
- 3 Comunicar eficazmente para informar e educar as pessoas sobre a saúde, os factores que a influenciam e a forma de a melhorar.
- 4 Reforçar, apoiar e mobilizar comunidades e parcerias para melhorar a saúde.
- 5 Criar, defender e implementar políticas, planos e leis com impacto na saúde.
- 6 Utilizar acções legais e regulamentares concebidas para melhorar e proteger a saúde do público.
- 7 Assegurar um sistema eficaz que permita um acesso equitativo aos serviços e cuidados individuais necessários para ser saudável.
- 8 Criar e apoiar uma força de trabalho de saúde pública diversificada e qualificada.
- 9 Melhorar e inovar as funções de saúde pública através da avaliação contínua, da investigação e da melhoria contínua da qualidade.
- 10 Criar e manter uma infraestrutura organizacional sólida para a saúde pública.

Fig.1 Funções essenciais da Saúde Pública.

Os CSP são também fundamentais para reforçar a resiliência dos sistemas de saúde pela preparação, resposta e recuperação de impactos externos.

Sistemas de saúde baseados em fortes cuidados de saúde primários podem responder a 80% das necessidades de saúde das pessoas ao longo da sua vida, contribuir para custos de saúde mais baixos, melhor saúde da população, maior satisfação dos doentes, menos internamentos hospitalares desnecessários e maior equidade socioeconómica. (Fig.2)

3

benefícios económicos dos Cuidados de Saúde Primários



Fig.2 Impacto económico dos Cuidados de Saúde Primários.

Para atingir esse objetivo em São Tomé e Príncipe, é necessário dispor, ao nível dos distritos sanitários, de serviços de saúde de qualidade, eficazes e seguros, centrados nas pessoas, acessíveis e prestados por profissionais de saúde qualificados. Os serviços devem basear-se nas necessidades das comunidades e assegurar cuidados curativos, reabilitativos, paliativos, preventivos e de promoção da saúde independentemente da fase do ciclo de vida das pessoas.

Embora os investimentos em Cuidados de Saúde Primários melhorem a equidade, acesso, desempenho dos serviços de saúde e os resultados em matéria de saúde, deve ser destacado que um vasto leque de fatores, para além dos serviços de saúde, desempenham um papel fundamental na definição da saúde e bem-estar das comunidades. Estes fatores incluem a proteção social, os sistemas alimentares, a educação e fatores ambientais, entre outros.

Com este objetivo em mente, a OMS priorizou o apoio para a realização de uma missão técnica para avaliação funcional dos distritos sanitários da ilha de São Tomé explorando 3 áreas-chave: a capacidade dos serviços de saúde, a capacidade de gestão e a capacidade de supervisão.

A reorientação da abordagem da saúde para o nível distrital, para consecução da CUS, com reforço dos cuidados de saúde primários e otimização do impacto e da utilização dos recursos, são uma prioridade do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2023-2032 de São Tomé e Príncipe e está também refletida na Estratégia de Cooperação da OMS, 2023-2027, com o país.

Este documento identifica as forças e fraquezas de 30 temas analisados, e propõe recomendações concretas para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde primários.



Fig.3 Áreas-chave para avaliação funcional dos distritos sanitários.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS - METODOLOGIA

A avaliação foi feita com base em 3 questionários qualitativos semiabertos: um para avaliação integrada de normas hospitalares, baseada nas práticas internacionais e adaptada ao contexto local abrangendo 4 áreas-chave: 1. Gestão, 2. Serviços Clínicos, 3. Serviços de Apoio, 4. Questões Transversais, e dois outros questionários disponibilizados online pela OMS, para avaliação funcional de unidades de saúde prestadoras de cuidados (ex. Centro de Saúde) e de unidades subnacionais (ex. distrito sanitário). <https://aho.afro.who.int/functionality-assessment/af>

O sistema de pontuação para cada questão baseou-se na *escala de Likert*, de acordo com o grau de concordância ou discordância. Quando não aplicável, foi assinalado o campo *N/a*.

A avaliação dos Postos de Saúde foi baseada num questionário qualitativo aberto, criado para o efeito.

Foram também registados e considerados comentários adicionais dos entrevistados (profissionais de saúde e funcionários dos Centros e Postos de Saúde) e feitas fotografias para documentação de pontos fracos e fortes identificados nas visitas.

Para a colheita de informação foram feitas 2 visitas a todos os 6 distritos sanitários na ilha de São Tomé: Água Grande, Cantagalo, Mé-Zochi, Caué, Lobata e Lembá e avaliados os 6 Centros de Saúde da ilha e 2 Postos de Saúde (Posto de Santa Catarina no distrito de Lembá e Posto de Ribeira Afonso no distrito de Cantagalo).

A informação recolhida permitiu identificar as forças e fraquezas e sustentar o desenvolvimento do presente relatório.

Os resultados da avaliação funcional foram apresentados, discutidos e validados pelas equipas de gestão dos 6 distritos sanitários, pela Dr^a Isaulina Barreto (Diretora de Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde) e por Hugo Silva (Coordenador do Reforço do Sistema da Saúde do Ministério da Saúde), em reunião realizada no dia 29 de Janeiro de 2024.

CONTEXTO NACIONAL ⁽¹⁾

São Tomé e Príncipe (STP) é um Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento (PEID), e um dos países mais pequenos do mundo, localizado no Golfo da Guiné, ao largo da costa ocidental da África Central. Em 2021, o país ocupava a 137^a posição entre 191 países e territórios no Índice de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Apesar dos progressos realizados nas últimas décadas em vários indicadores socioeconómicos, a incidência da pobreza no país é persistentemente elevada, com mais de dois terços da população a viver abaixo do limiar da pobreza de 3,2 dólares americanos por dia, dos quais mais de 30% vive com menos de 1,90 dólares por dia. Isto afeta a capacidade do país de lidar com choques e conseguir um orçamento equilibrado. O seu afastamento geográfico e insularidade colocam desafios sociais, económicos e ambientais únicos, incluindo elevados custos de importação e exportação de bens de saúde, volumes irregulares de tráfego internacional e dependência de mercados externos devido à escassa base de recursos. O número limitado de pessoas no país, particularmente de trabalhadores, dificulta muitas vezes a produção eficiente de bens e serviços à escala necessária para satisfazer a procura.

A taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir desde 2012, com uma taxa estimada de 25,8 por 1000 em 2021. A esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar como consequência direta da diminuição da taxa de mortalidade e é atualmente de 68,8 anos. As alterações demográficas criaram uma necessidade urgente de alargar os programas de apoio social, incluindo a necessidade de cuidados e serviços para as pessoas idosas, que também são afetadas pelas doenças não transmissíveis (DNT).

A taxa de crescimento da população é de 2% e estima-se em 223 648 o número de habitantes em 2023. A maior parte da população, 61%, tem idade inferior a 25 anos e a idade mediana da população é de 18,6 anos. Tendo em conta que as doenças não transmissíveis são causadas principalmente por

(1) Contexto nacional e sanitário. Fonte: Estratégia da Cooperação da OMS com São Tomé e Príncipe, 2023-2027.

comportamentos que muitas vezes começam durante a infância e a adolescência, uma grande parte da população de São Tomé e Príncipe enfrenta o risco de DNT, com um potencial impacto na saúde das crianças e dos adolescentes e que irá condicionar resultados negativos na saúde na idade adulta.

São Tomé e Príncipe está entre os países que devem alcançar o estatuto de país de rendimento médio em Dezembro de 2024 com uma mudança no modelo de ajuda internacional ao desenvolvimento. À medida que São Tomé e Príncipe se esforça por alcançar a cobertura universal de saúde, uma das principais preocupações durante esta fase de transição é saber como manter ou aumentar a cobertura das intervenções prioritárias, sobretudo para as populações vulneráveis. Os esforços de reforço dos sistemas de saúde estão no centro da resposta à transição. A transição envolve também o aumento dos recursos financeiros internos para a saúde.

CONTEXTO SANITÁRIO ⁽¹⁾

A Constituição de São Tomé e Príncipe reconhece a saúde como um bem social e estipula que o Estado tem o dever de garantir o direito e a promoção da saúde pública a toda a população de São Tomé e Príncipe e a todos aqueles que escolherem viver no país. São Tomé e Príncipe elaborou recentemente uma nova Política Nacional de Saúde para 2022-2032 e o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde para os próximos 10 anos (2023-2032). Estes documentos de enquadramento forneceram ao país um roteiro para acelerar os progressos no sistema de saúde, com o compromisso de atingir a CUS até 2030, incidindo na disponibilidade, qualidade, equidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde a todos os níveis.

O país já tinha elaborado anteriormente planos estratégicos nacionais para as doenças transmissíveis, as doenças tropicais negligenciadas e as doenças não transmissíveis. As lacunas na regulamentação estão, no entanto, a dificultar a operacionalização de documentos estratégicos nacionais importantes, nomeadamente da Política Farmacêutica Nacional e da Política Nacional de Laboratórios; a revisão dos estatutos do Depósito Central de Medicamentos também está atrasada, devido aos desafios encontrados a nível central na adoção e implementação de reformas na saúde. São Tomé e Príncipe já atualizou a lista de medicamentos essenciais, mas ainda não tem uma autoridade reguladora nacional para os medicamentos e para outras tecnologias da saúde.

Um novo perfil epidemiológico Atualmente, as DNT, incluindo as doenças cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas e o cancro são as principais causas de morte nos adultos em São Tomé e Príncipe. Ao mesmo tempo, o país precisa de manter os investimentos no controlo das doenças transmissíveis. A vulnerabilidade do país a emergências de saúde pública e às alterações climáticas também realça a insuficiente resiliência do seu sistema de saúde. O novo contexto epidemiológico e o alinhamento da visão do Governo e dos parceiros para a saúde criam a necessidade, mas também a oportunidade, de reforçar os cuidados de saúde primários enquanto estratégia eficaz para dotar o sistema de saúde do país de uma base estável e sustentável e de maior resiliência a choques. A integração dos serviços de saúde (designadamente, a promoção da saúde, a prevenção das doenças, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados para as doenças crónicas), assim como o alargamento do acesso às intervenções essenciais para as doenças transmissíveis ao longo de todo o ciclo de cuidados terão impacto nos resultados em saúde.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, a população do país em 2023 estava estimada em 223 648, dos quais 50,5% eram mulheres. A taxa bruta de natalidade, que tem vindo a diminuir desde 2012, foi estimada em 25,6 por 1000 em 2023 e a taxa bruta de mortalidade, no mesmo ano, foi estimada em 5,3 por 1000 (comparativamente a 7,3 por 1000 em 2012). A esperança de vida à nascença é de 69,6 anos. As mulheres têm uma esperança de vida mais longa do que os homens: 72,8 anos para as mulheres e 66,4 anos para os homens. A esperança de vida saudável (HALE) é um importante indicador do estado da saúde e da qualidade de vida da população de um país. Em geral, a tendência da média ajustada (HALE) aumentou na Região Africana da OMS, de 46,7 anos para 56,5 anos entre 2010 e 2021.

A esperança de vida em São Tomé e Príncipe aumentou significativamente desde a viragem do milénio, tendo sido registadas melhorias na prestação de serviços essenciais de saúde, incluindo ganhos na saúde reprodutiva e materna e na vacinação, mas a HALE à nascença ainda é baixa. Esta tendência de envelhecimento progressivo da população coloca grandes desafios aos sistemas económicos, sociais e de saúde, que São Tomé e Príncipe já tem dificuldade em enfrentar.

Capacidade e acesso aos serviços de saúde Os serviços de saúde abrangem todo o território do arquipélago e estão organizados em três níveis do sistema de saúde. O primeiro nível, de base comunitária, é composto por postos comunitários de saúde e postos de saúde; o segundo nível, que constitui a base dos cuidados de saúde primários, é o nível distrital composto por centros de saúde (seis) e pelo hospital regional da ilha de Príncipe (Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça); e o terceiro nível é o hospital central (Hospital Dr. Ayres de Menezes), que é o hospital nacional de referência, combinando serviços hospitalares secundários e terciários.

A maioria das infraestruturas das unidades de saúde é antiga, com deficiências graves em termos de segurança para doentes e funcionários, do acesso à água e à eletricidade, da manutenção do equipamento e do tratamento de resíduos. As instalações não são construídas seguindo uma planta normalizada que inclua espaço adequado para todos os serviços obrigatórios, conforme previsto na Política Nacional de Saúde.

Em relação aos recursos humanos para a saúde, mais especificamente médicos e enfermeiros, os dados mais recentes indicam que existem 0,5 médicos por 1000 habitantes e 1,88 enfermeiros por 1000 habitantes. No entanto, estes valores encontram-se abaixo do limiar da densidade de 4,45 profissionais de saúde por 1000 habitantes necessária para prestar serviços essenciais de saúde e alcançar a CUS. O relatório da missão exploratória da CUS realizada em 2021 realçou o número e qualificações insuficientes dos profissionais de saúde a todos os níveis do sistema nacional de saúde.

O Instituto Superior de Ciências da Saúde Victor de Sá Machado, da Universidade de São Tomé e Príncipe, é responsável pela formação de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, mas a produção actual não satisfaz as necessidades de recursos humanos para a saúde do país. Por outro lado, as capacidades de gestão da saúde pública são limitadas. A falta de recursos humanos suficientes e competentes e de equipamento e consumíveis adequados ao primeiro e segundo níveis contribui para um afluxo excessivo e não regulamentado de doentes para o hospital central, o que afeta gravemente a qualidade dos serviços prestados. A promoção e o investimento na formação pré-serviço são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades dos recursos humanos para a saúde em matéria de gestão da saúde pública, e para a aquisição de competências técnicas em gestão e supervisão nas áreas da logística, manutenção de equipamento e gestão de reservas de produtos de

saúde, para garantir uma prestação contínua de serviços de saúde de qualidade no contexto dos cuidados de saúde primários.

Registaram-se progressos significativos no acesso e na capacidade dos serviços de saúde materna, neonatal e infantil. A melhoria do acesso ao planeamento familiar, aos cuidados pré-natais e ao parto assistido em unidades de saúde (98%), assim como à vacinação reduziram a mortalidade materna e infantil. São Tomé e Príncipe desenvolveu serviços acessíveis e eficazes de diagnóstico e tratamento para o VIH, a tuberculose, o paludismo e as doenças tropicais negligenciadas (DTN), com uma redução significativa da morbilidade e mortalidade relacionadas com estas doenças. Os programas nacionais para estas doenças são fortemente apoiados por doadores, tais como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo. A abordagem não beneficia, porém, o sistema de saúde como um todo, uma vez que é implementada através de uma estratégia vertical, levando à fragmentação dos serviços essenciais de saúde e das intervenções comunitárias. As doenças não transmissíveis emergentes ainda não são atendidas por serviços de saúde adequados. São exemplos a inexistência de serviços de rastreio e diagnóstico do cancro, a indisponibilidade de medicamentos para as DNT e a recorrente necessidade de evacuações médicas para Portugal, com um consequente forte impacto na forma de despesas catastróficas com a saúde para os agregados familiares.

Proteção financeira Apesar da política nacional (Lei Base da Saúde n.º 9/2018) que garante a equidade e o acesso aos cuidados de saúde para toda a população de São Tomé e Príncipe, a proporção das despesas diretas em percentagem da despesa corrente em saúde (DCS) é de 20,3% (2020). São Tomé e Príncipe é também o país da Região Africana e dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID) com a percentagem mais elevada de agregados familiares com despesas catastróficas com a saúde ao aceder aos serviços de saúde, incluindo a procura de cuidados médicos em Portugal. Segundo o relatório da missão exploratória da CUS em São Tomé e Príncipe (2021), 54% das famílias não podem comprar os medicamentos necessários e 10% não têm acesso aos serviços de saúde de que precisam. Ao longo dos últimos anos, o crescimento populacional, o envelhecimento, as mudanças na alimentação e os comportamentos de risco, inclusive o sedentarismo, têm aumentado a incidência das DNT em São Tomé e Príncipe. Embora as DNT representem o maior fardo de doenças no país (60% da mortalidade deve-se às DNT), o financiamento da saúde continua a centrar-se principalmente nas DT. O relatório da missão exploratória (2021) revelou que os custos de saúde associados às doenças crónicas estão a contribuir para o empobrecimento dos agregados familiares através do aumento das despesas diretas, incluindo devido à compra de medicamentos para as doenças crónicas. Além disso, a pandemia de COVID-19 afetou os meios de subsistência e reduziu os rendimentos familiares, expondo ainda mais as famílias ao empobrecimento por gastos com saúde.

Apesar do aumento na incidência das DNT, o país fez poucos progressos no desenvolvimento de um mecanismo de proteção contra os riscos financeiros para garantir o acesso aos serviços de saúde necessários, sem dificuldades financeiras para os agregados familiares, ajustado ao actual perfil epidemiológico nacional.

Saúde reprodutiva, materna e neonatal A taxa de prevalência da contraceção permanece baixa, embora exista uma tendência positiva que mostra um aumento entre 2014 (40,6%) e 2020 (49,7%). De acordo com o Inquérito Agrupado de Indicadores Múltiplos 2019

(MICS 2019), duas em cada três mulheres conseguem satisfazer as suas necessidades de planeamento familiar.



Fig.4 Saúde ao longo do ciclo de vida. Adaptado de PAHO/OMS.

A redução da mortalidade materna e neonatal foi conseguida garantindo a acessibilidade e a boa qualidade de todo o ciclo de cuidados antes e durante a gravidez, no parto e no período pós-natal.

São Tomé e Príncipe registou uma redução significativa da taxa de mortalidade materna nas últimas décadas, sendo atualmente de 74 por 100 000 nados-vivos (MICS 2014). Aproximadamente 98% de todas as mulheres grávidas recebem pelo menos uma consulta pré-natal e 95% dos partos ocorrem no hospital principal da ilha de São Tomé. Destes, 96,8% são assistidos por profissionais de saúde.

Dada a prioridade do Governo em eliminar a transmissão vertical do VIH e da sífilis (ETV do VIH e da sífilis) nos centros de saúde e postos de saúde, com base no protocolo nacional, é oferecido a todas as mulheres grávidas e crianças um pacote abrangente de serviços em apoio à saúde materna e infantil. A hepatite B foi mais tarde incluída no pacote abrangente de serviços que apoiam a progressão do país na tripla eliminação do VIH, da sífilis e da hepatite B. Em consequência disso, foi alargada a oferta de testes gratuitos a todas as mulheres grávidas, aos parceiros das mulheres seropositivas e aos lactentes expostos. No entanto, o país está atualmente a registar ruturas de stock de todos os kits de testes rápidos para as três doenças, incluindo os testes de PCR do ADN para os lactentes expostos, uma situação que pode ter sido agravada pela pandemia. Em resultado das ruturas de stock em algumas unidades de saúde, nem todas as mulheres grávidas estão a receber testes para o VIH e a sífilis.

O relatório nacional sobre o VIH (2021) mostra que a taxa de TV é de 5,4%.

Entre 2019 e 2022, foi registado um total de 195 nados-mortos. Infelizmente, as mães de nados-mortos não foram testadas para a sífilis e não havia informações adicionais disponíveis sobre os fatores que contribuíram para a ocorrência de nados-mortos. Com base na definição da vigilância da sífilis, todos os nados-mortos serão considerados com sendo casos de sífilis congénita.

Segundo o relatório do MICS de 2019, a taxa de mortalidade neonatal diminuiu significativamente nos últimos anos, de 22 por 1000 nados-vivos em 2014 para 8 por 1000 nados-vivos em 2020. Esta melhoria deve-se aos cuidados durante o parto prestados por um técnico de saúde qualificado, à amamentação precoce e exclusiva, e ao tratamento atempado de doenças no período neonatal.

Apesar destes progressos, as anomalias congénitas continuam a ser ignoradas. Não existe um registo nacional de anomalias congénitas e desconhece-se o perfil epidemiológico das anomalias que são diagnosticadas. Os dados mais recentes, publicados pela UNICEF em 2019, indicam que em 2016 as anomalias congénitas foram a terceira causa mais frequente de morte neonatal (17%) em São Tomé e Príncipe, para além da sua contribuição para a morbilidade e a incapacidade crónicas. Não existem planos nacionais para a implementação de intervenções eficazes de prevenção e diagnóstico precoce (pré-natal ou neonatal) de anomalias congénitas. Faltam recursos humanos e materiais para lidar com as mesmas no período neonatal, por forma a prevenir a morte dos recém-nascidos ou mitigar as sequelas. Em 2020, as anomalias congénitas foram a quarta causa mais frequente de evacuação sanitária para Portugal.

Saúde infantil e dos adolescentes A taxa de mortalidade das crianças com menos de 5 anos também diminuiu significativamente nos últimos anos (14 por 1000 nados-vivos, MICS 2019), mas a diarreia, as doenças respiratórias agudas e as doenças febris agudas ainda são as principais causas de mortalidade neste grupo etário. O acesso limitado à água potável, os maus hábitos de higiene e de saneamento básico, um ambiente doméstico pouco saudável e a eliminação inadequada dos resíduos humanos foram identificados como as principais causas de morbilidade e mortalidade infantil.

As diferentes estratégias de vacinação implementadas pelo Programa Alargado de Vacinação (que garante a vacinação de rotina de crianças com menos de um ano de idade contra a tuberculose, poliomielite, sarampo, tosse convulsa e tétano, hepatite B e febre-amarela), graças ao apoio técnico e financeiro da OMS, da UNICEF e da GAVI, conduziram a uma melhoria gradual e constante da cobertura vacinal contra todos os antigénios. A cobertura administrativa da vacinação contra todos os antigénios e em todos os distritos é superior a 85%, o que reflete um melhor acesso aos serviços de vacinação e ao uso dos serviços pela comunidade. Estes elevados níveis de cobertura vacinal registado ano após ano fizeram de São Tomé e Príncipe um exemplo da vacinação de rotina nos países da Região Africana da OMS. O estudo do MICS, realizado em 2019, realçou que aproximadamente 65,9% das crianças tinham recebido todas as suas vacinas até ao primeiro ano de idade.

O número total de crianças com zero doses está estimado em 296 (IHME 2020), o que está ligeiramente acima da estimativa nacional feita pelo JRF–OMS/UNICEF em 2019 (172 crianças). Com o apoio da GAVI, o país estabeleceu recentemente o objetivo de chegar a todas as crianças com zero doses até 2025.

No que diz respeito à nutrição, em São Tomé e Príncipe, 12% das crianças com menos de 5 anos têm peso baixo para a altura e 5% têm um crescimento permanentemente prejudicado.

O acesso aos cuidados de rotina está disponível, mas, em caso de necessidade de encaminhamento, não existem médicos especializados em neonatologia, pediatria e cirurgia pediátrica.

Em São Tomé e Príncipe, 61% da população tem idade inferior a 25 anos e a idade mediana da população é de 18,6 anos. Os adolescentes constituem uma elevada percentagem da população do país. Sabe-se que as DNT são causadas principalmente por comportamentos que muitas vezes começam durante a infância e a adolescência, incluindo a inatividade física, a má alimentação, o tabagismo, o uso nocivo do álcool e problemas de saúde mental, com potencial impacto na saúde das crianças e dos adolescentes, levando a resultados negativos na saúde na idade adulta. A análise da saúde dos adolescentes em São Tomé e Príncipe revela uma falta de conhecimentos sobre saúde sexual

e reprodutiva, com gravidezes precoces e indesejadas (12,3% das mulheres entre os 15 e os 19 anos engravidam; MICS 2019); abortos inseguros e as suas complicações; relações sexuais precoces e desprotegidas, muitas vezes com múltiplos parceiros; e doenças sexualmente transmissíveis (incluindo o VIH/SIDA e a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (VPH)). Outros problemas neste grupo etário incluem traumatismos, o consumo de drogas ilícitas e de substâncias ilícitas (álcool e tabaco) e problemas de saúde mental e violência, nomeadamente a violência baseada no género.

Em Outubro de 2021, a vacina contra o VPH foi introduzida com sucesso no calendário de vacinação de São Tomé e Príncipe para proteger as raparigas e adolescentes entre os 10 e os 14 anos de idade contra o VPH, que é a causa mais comum do cancro do colo do útero. A cobertura vacinal contra o VPH nas raparigas com 14 anos de idade é de 75,7%.

O país terá de reforçar o programa de saúde para os adolescentes, de modo a garantir o acesso a cuidados de saúde abrangentes, incluindo intervenções relevantes e específicas.

Saúde dos adultos e idosos Para o grupo etário dos adultos, os principais problemas estão relacionados com as DNT e os seus fatores de risco.

A última etapa do curso da vida diz respeito às pessoas mais velhas com idade superior a 60 anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, as estimativas mostram que 5% da população está neste grupo etário.

As alterações demográficas em curso criaram uma necessidade urgente de alargar os cuidados e serviços específicos para as pessoas idosas, incluindo programas de apoio social. Existem poucos serviços de apoio disponíveis para este grupo etário e os que existem não estão articulados com o sistema nacional de saúde. Este grupo etário sofre duplamente com as limitações relacionadas com a idade e com as DNT. Além disso, a recente pandemia de COVID-19, com uma mortalidade mais elevada nas pessoas idosas, reforçou a vulnerabilidade deste grupo etário e a necessidade de uma estratégia nacional adequada em matéria de envelhecimento saudável. Os agregados familiares com membros mais velhos da família (com idade igual ou superior a 60 anos) têm também maior probabilidade de enfrentar dificuldades financeiras por pagamentos diretos de cuidados de saúde.

Doenças transmissíveis São Tomé e Príncipe é atualmente conhecida como sendo uma zona onde o paludismo é hipoendémico e é um dos oito países identificados pela OMS na iniciativa E-2025, com potencial para a eliminação do paludismo até 2025. O paludismo já não é a principal causa de morbilidade e mortalidade no país. No entanto, ao longo dos anos 2021 e 2022, o país sofreu surtos de paludismo que comprometeram a meta de eliminação em 2025. O país acaba de elaborar um novo plano de eliminação para 2023–2027, tendo em conta os dados mais recentes.

A prevalência do VIH em São Tomé continua muito baixa. Uma análise das metas 90-90-90 indicou que o país pode ter alcançado os dois primeiros indicadores (90% conhecem o seu estado serológico e 90% estão a fazer tratamento). No entanto, o desafio prende-se com o último indicador, que diz respeito à supressão viral. Os dados nacionais revelam que em 2021 a taxa de supressão viral estava nos 81,3%. Uma das causas possíveis é a baixa adesão dos doentes à terapêutica antirretroviral. É importante que esta meta seja alcançada, sobretudo entre as mulheres lactantes, para assegurar a redução da transmissão vertical do VIH à criança exposta.

O país tem um plano estratégico nacional de luta contra a tuberculose, VIH/SIDA, doenças sexualmente transmissíveis e hepatite, que tem como grande objetivo a eliminação da tuberculose, do VIH/SIDA e da hepatite até 2035. As ruturas recorrentes do stock de testes de diagnóstico e de medicamentos para o tratamento comprometem este objetivo. O tratamento da hepatite C não se encontra atualmente disponível no país.

A taxa de incidência da tuberculose diminuiu nos últimos cinco anos (de 68,7 por 100 000 habitantes em 2017 para 36,8 por 100 000 habitantes em 2021). A curva da taxa de prevalência segue a mesma tendência que a da incidência. Em 2021, a percentagem de deteção foi de 51,2% e a taxa de cura ou sucesso terapêutico foi de cerca de 71% em relação à coorte de 2020. A taxa de abandono ficou em 16,4% em 2020.

Desde 2014, o programa de combate às DTN tem realizado campanhas regulares de tratamento preventivo em massa contra as helmintíases transmitidas pelo solo e a esquistossomose nas crianças em idade escolar. Os dados mais recentes (2017) revelaram uma elevada prevalência, com 73,8% das crianças a testarem positivo para a presença de parasitas nas fezes. A gestão insegura dos excrementos humanos, a falta de higiene pessoal e o acesso insuficiente à água potável estão intimamente associados a infeções parasitárias transmitidas pelo solo.

Foram realizados progressos significativos no sentido da eliminação da filariose linfática, e foram administrados tratamentos em massa com o apoio da OMS. Deve ser assegurado um sistema eficaz de vigilância epidemiológica, assim como a gestão da morbilidade e a prevenção da incapacidade após a doença.

São Tomé e Príncipe fez progressos importantes em matéria de doenças transmissíveis com o apoio dos doadores, mas os ganhos atuais poderão não ser sustentáveis se não forem integrados num sistema de saúde robusto. O controlo das doenças transmissíveis deve ser viabilizado expandindo o acesso às intervenções essenciais em matéria de DT ao longo de todo o ciclo de cuidados, através de cuidados de saúde primários com bases sólidas e de intervenções comunitárias integradas.

Doenças não transmissíveis Em São Tomé e Príncipe, as DNT, designadamente as doenças cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas, o cancro e os problemas de saúde mental, estão a surgir como uma importante causa de morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por mais de 60% das mortes.

Atualmente, o cancro é responsável por 13% de todas as mortes no país. O aumento da incidência do cancro no país deve-se provavelmente ao envelhecimento e às mudanças no estilo de vida. O problema pode até ser subestimado devido à subnotificação e/ou ao subdiagnóstico. Os três cancros diagnosticados mais comuns são o cancro da próstata, o cancro do colo do útero e o cancro da mama. Não existe um programa de rastreio do cancro, não existe um serviço de anatomia patológica e o país não tem um registo nacional de doentes com cancro. Os dados referentes às doenças de saúde mental são escassos e o perfil epidemiológico é desconhecido e não existe uma estratégia nacional de promoção da saúde mental.

Os acidentes rodoviários são uma das principais causas de traumatismo no país. Só em 2020, e apenas no Hospital Dr. Ayres de Menezes, foram registados 919 casos (84% de todos os acidentes envolveram motociclos) e os traumatismos cerebrais foram a terceira causa mais frequente de hospitalização e a 10.^a causa mais frequente de morte registada no hospital central.

Não existe um programa consistente de promoção da saúde na comunidade para abordar os fatores de risco. A elevada taxa de doenças não transmissíveis é causada, entre outras causas, pelo consumo nocivo de álcool (sobretudo de bebidas espirituosas e de vinho da palma produzidos localmente); pela má alimentação e inatividade física; e pela falta de sensibilização para o impacto da poluição ambiental na saúde.

O país também não dispõe de unidades de saúde e de recursos humanos suficientes e capacitados para o rastreio, o diagnóstico e o tratamento da maioria das DNT. Os meios de diagnóstico e as opções de tratamento disponíveis, incluindo a disponibilidade de medicamentos, são limitados.

Nas últimas décadas, as DNT têm sido relativamente ignoradas na agenda da saúde do Governo e de outros parceiros e partes interessadas.

É crucial controlar os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de DNT, inclusive a redução do tabagismo e do uso nocivo do álcool, a manutenção de um estilo de vida ativo e uma alimentação saudável. É necessária uma ação multisectorial coordenada para que as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das doenças tenham uma boa relação custo-benefício e para assegurar o acesso a cuidados de saúde primários centrados no doente, baseados na comunidade, de qualidade e sustentáveis.

Emergências de saúde pública Os últimos 20 anos confirmam a vulnerabilidade de São Tomé e Príncipe a emergências de saúde pública de diferentes naturezas, incluindo epidemias, doenças emergentes, catástrofes e alterações climáticas, que têm um elevado impacto na população e nas infraestruturas sociais, económicas e de desenvolvimento. São exemplos a epidemia de cólera em 2005-2006; os surtos epidémicos de diarreia provocados pelo rotavírus em 2004, 2010 e 2012; o surto de gripe B em 2011; o aumento do número de casos de celulite necrosante entre 2016 e 2018 e novamente em 2022; e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19, com uma taxa de letalidade à data de 1,2%, e a epidemia de dengue. Ao longo de 2021, o país também registou surtos de paludismo em quase todos os distritos do país, culminando no registo de 2730 casos.

Outras situações, como a pandemia de gripe em 2009 (H1N1) e a epidemia da doença por vírus Ébola em 2013-2014 e em 2018, não afetaram o país, mas criaram a necessidade de desenvolver um plano de preparação para uma resposta rápida, com vista a conter o risco de entrada e propagação da doença.

A falta de capacidade laboratorial para realizar testes de reação em cadeia da polimerase (PCR) para o diagnóstico da COVID-19 foi o maior desafio enfrentado pela OMS e pelo Ministério da Saúde no início da pandemia. A OMS reforçou os esforços técnicos, financeiros e logísticos para intensificar a capacidade de diagnóstico do país, o que resultou na instalação permanente no país do primeiro serviço de diagnóstico através de PCR em tempo real, o método tecnológico de referência para testar a COVID-19, em Junho de 2020. Desde então, o laboratório nacional de referência tem passado por controlos externos (internacionais) regulares da qualidade, tendo recebido a classificação mais elevada. O laboratório tem funcionado com técnicos nacionais formados para o efeito. Em resultado, o país desenvolveu não só a capacidade de diagnosticar o SARS-CoV2, mas também a capacidade de diagnosticar outros agentes patogénicos, como o vírus da gripe. Além disso, com base neste investimento fundamental da OMS, o país pode agora também efetuar uma análise de sequenciação genómica dos agentes patogénicos, evidenciando igualmente uma colaboração sinérgica entre a OMS,

o Ministério da Saúde e a Alemanha. O laboratório de referência para tuberculose que hoje abriga as técnicas de biologia molecular foi construído com apoio da Agência Brasileira de Cooperação.

As emergências de saúde pública continuam a sobrecarregar e a perturbar os serviços de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe expondo a insuficiente resiliência do sistema de saúde. A sobrelotação das enfermarias, a fácil superação do nível de capacidade de resposta crítica e a capacidade limitada para alargar a resposta (por exemplo, camas na unidade de cuidados intensivos), a indisponibilidade e/ou escassez de medicamentos essenciais, oxigénio e equipamento de proteção individual, o esgotamento dos profissionais de saúde devido ao excesso de trabalho, bem como a necessidade de desviar recursos humanos e materiais para dar resposta à pandemia/epidemia, com um impacto na continuidade dos serviços essenciais de saúde, a todos os níveis de prestação, afetaram negativamente a qualidade dos cuidados (segurança e eficácia) e os resultados em saúde.

São Tomé e Príncipe adotou o Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005) em 2007, mas a sua implementação tem sido baixa devido a um compromisso político e financeiro limitado. A COVID-19 foi decisiva para a mudança e exigiu uma análise urgente da estratégia de implementação do RSI-2005 no país, o que acabou por impulsionar a elaboração do primeiro Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária. A implementação do RSI deve tornar-se uma prioridade ao mais alto nível do Governo e ser colocada no contexto da construção de um sistema de saúde resiliente.

Com o apoio da OMS, o país elaborou o seu primeiro Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária 2022–2026 e iniciou a sua implementação. Este plano multisectorial, inclusivo e abrangente, que engloba todos os ministérios governamentais e organizações da sociedade civil, pode permitir desenvolver, até 2026, as capacidades básicas necessárias à implementação do RSI–2005, com vista a prevenir e dar resposta a quaisquer riscos de propagação de doenças aos níveis nacional e internacional e contribuir para a segurança sanitária mundial. O desenvolvimento de capacidades básicas incluirá:

1. A melhoria da vigilância nos pontos de entrada, nas unidades de saúde e nas comunidades, incluindo a formação de equipas de resposta rápida para detetar precocemente e notificar imediatamente quaisquer potenciais emergências, para além do reforço da vigilância da resistência aos antimicrobianos;
2. O desenvolvimento de capacidades de resposta para garantir a triagem, o isolamento e a capacidade de gestão de casos, melhoria das capacidades dos laboratórios nacionais de referência e criação de uma rede coordenada de todos os laboratórios;
3. O desenvolvimento de um mecanismo de coordenação multisectorial para as emergências de saúde pública, reunindo a saúde humana, animal e ambiental (Uma Só Saúde);
4. A formação de recursos humanos e a aquisição de equipamento de proteção individual, material de tecnologia de informação e medicamentos de emergência; e
5. A gestão de dados do quadro da VRID.

Determinantes sociais da saúde (DSS) Os determinantes sociais podem ter uma influência mais importante na saúde do que os cuidados de saúde ou as escolhas de estilo de vida. Vários estudos sugerem que os DSS são responsáveis por 30% a 55% dos resultados em saúde. Além disso, a saúde é um determinante-chave do resultado do desenvolvimento, incluindo a pobreza multidimensional. As elevadas taxas de pobreza e de desemprego, respetivamente, de 11,7% e 8,9%, e a disparidade na distribuição do RNB, realçam a necessidade de introdução de medidas para garantir a igualdade nos serviços de saúde, para que ninguém fique para trás. A literacia em saúde,

definida como a obtenção de um nível de conhecimentos, competências pessoais e confiança para tomar medidas que melhorem a saúde através da mudança de estilos de vida e condições de vida, pode capacitar os indivíduos e as comunidades para tomarem medidas relativas aos determinantes sociais e económicos da saúde, tanto a nível individual como comunitário. As competências da população em termos de literacia em saúde nunca foram avaliadas em São Tomé e Príncipe.

Não tem havido um forte empenho a nível nacional e local/comunitário para melhorar os DSS. O país precisa de se comprometer e adotar a agenda dos DSS, seguindo uma abordagem holística e transversal ao Governo para melhorar os resultados em saúde. Não existe uma estratégia nacional e um plano de implementação que abordem de forma integrada os determinantes da saúde e que incentive o esforço coordenado envolvendo todos os intervenientes, nomeadamente as comunidades, organizações não governamentais e outros parceiros da saúde, de modo a assegurar um maior impacto na qualidade de vida da população de São Tomé e Príncipe e a superar as desigualdades.

Fatores de risco para a saúde A maioria das mortes relacionadas com as DNT é atribuível a doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas, resultantes de fatores de risco comportamentais e fisiológicos, tais como o uso nocivo do álcool, o tabagismo, a má alimentação, a inatividade física, o excesso de peso e obesidade, a hipertensão arterial, a hiperglicemia e o colesterol total elevado. O consumo de álcool em São Tomé e Príncipe é um problema preocupante. O relatório final do MICS de 2019 mostra que apenas 5,4% da população inquirida disse não ter bebido álcool nos 12 meses anteriores ao inquérito. Dos que consumiam bebidas alcoólicas, cerca de 85% disseram ter consumido bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores (52% eram mulheres e 61,8% eram homens). Os homens consomem álcool com mais regularidade e em maior quantidade.

Atualmente, cerca de 4,7% da população fuma tabaco. A percentagem de homens que fumam é sete vezes superior à percentagem de mulheres fumadoras (11,3% comparativamente a 1,6%).

O consumo de frutas e legumes parece ser incomum, sendo que a sua ingestão ocorre apenas três dias por semana. Cerca de 54,8% da população consome menos de cinco porções de frutas ou legumes por dia. Em relação ao consumo de sal e alimentos processados, 18,8% da população afirmou que sempre, ou quase sempre, come alimentos processados ricos em sal.

Sete em cada 10 adultos não praticam atividade física. Esta situação afeta mais as mulheres do que os homens (83,7% das mulheres não praticam qualquer atividade física, em comparação com 39,4% dos homens).

A percentagem de adultos com excesso de peso é de 45% (índice de massa corporal médio superior a 25 kg/m²), enquanto 16,7% são considerados obesos (índice de massa corporal médio superior a 30 kg/m²). A obesidade é mais prevalente nas mulheres (21%) do que nos homens (5,4%).

São Tomé e Príncipe adotou a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica e desenvolveu uma lei do álcool para a redução do uso nocivo do álcool, mas até agora não conseguiu desenvolver um plano de ação intersectorial nacional claro, forte e integrado, que inclua uma estratégia sobre a alimentação, a atividade física e a saúde.

O país não tem uma estratégia nacional de promoção da saúde que inclua intervenções eficazes para prevenir e controlar os fatores de risco das DNT, tirando partido dos esforços e da vantagem comparativa das várias partes interessadas.

Riscos ambientais As alterações climáticas ameaçam desgastar os progressos no desenvolvimento, na saúde mundial e na redução da pobreza conseguidos nos últimos 50 anos e agravar ainda mais as desigualdades na saúde entre as populações e no seio das mesmas. Nos últimos anos, São Tomé e Príncipe tem sentido a sua vulnerabilidade às alterações climáticas. Em 2016, as inundações em Príncipe causaram traumatismos, o deslocamento forçado de pessoas e o isolamento de comunidades; em 2017, os deslizamentos de terras provocados pelas chuvas torrenciais registadas no sul do país provocaram cortes de estradas e o isolamento de pessoas; e, mais recentemente, em 2021 e 2022, chuvas torrenciais causaram perdas de vidas humanas e danos materiais significativos, com a destruição de casas e estradas de acesso a algumas comunidades. Outros problemas identificados são a redução das chuvas e dos caudais dos rios, erosão costeira, perda da biodiversidade, poluição de rios, riachos e nascentes por substâncias químicas, expansão desordenada de zonas urbanas, desmatamento e degradação florestal, uso de áreas com potencial agrícola para outros fins (extração ilegal de madeira para a produção de combustíveis e construção de moradias).

A crise climática já afeta a saúde de várias formas, incluindo a morbilidade e a mortalidade crescentes devido a fenómenos meteorológicos extremos cada vez mais frequentes, como ondas de calor, tempestades e cheias, criando perturbações nos sistemas alimentares, contribuindo para o aumento de zoonoses, de doenças transmitidas através dos alimentos, água e outros vetores, e de problemas de saúde mental. As alterações climáticas também estão a prejudicar muitos dos determinantes sociais de uma boa saúde, incluindo os meios de subsistência, a equidade e o acesso a cuidados de saúde e a estruturas de apoio social.

Sistema de informação sanitária (SIS) Reconhecendo que o reforço dos SIS é uma exigência fundamental para produzir dados fiáveis e robustos e que é essencial para melhorar o sistema de saúde e alcançar os 17 ODS, foram implementadas várias iniciativas para reforçar o desempenho do SIS em São Tomé e Príncipe, incluindo o *msupply* para a gestão de stocks de medicamentos a nível nacional e o DHIS2 para a recolha, validação, análise e partilha de dados relativos a pessoas com doenças transmissíveis e não transmissíveis. Os dados do quadro de vigilância e resposta integradas às doenças (VRID) estão também a ser integrados no DHIS2. Tornará os dados da vigilância e laboratoriais mais utilizáveis.

Apesar dos esforços para melhorar o desempenho do SIS, a qualidade e a fiabilidade dos dados continuam a ser um problema. Foram identificadas várias dificuldades: governação inadequada, incumprimento por parte dos profissionais de saúde, fragmentação dos sistemas de informação, falta de recursos humanos, infraestrutura digital insuficiente, falta de coordenação, inexistência de um sistema para validar os dados e garantir a sua utilização, e uma estratégia nacional frágil para desenvolver um SIS robusto. Mesmo a qualidade da recolha de dados em papel é fraca e, consequentemente, insuficiente para apoiar a tomada de decisões com base em dados.

O SIS de São Tomé e Príncipe deve ser reforçado, implementando, a nível distrital, um SIS robusto que forneça dados fiáveis sobre a dimensão das DNT e os seus fatores de risco, e que apoie todos os outros programas de saúde a serem integrados nos cuidados de saúde primários. Ao mesmo tempo, devem ser envidados esforços para desenvolver gradualmente uma cultura de utilização de dados, que fomente uma oferta de dados de alta qualidade.

Ambas as medidas são fundamentais para gerar informação que permita a tomada de decisões baseadas em dados, identificar problemas e necessidades, recolher regularmente dados de vigilância para monitorizar e avaliar as intervenções sanitárias e facilitar e distribuir de forma ideal os escassos recursos do país.

O DISTRITO SANITÁRIO ⁽²⁾

A Lei Base de Saúde, Lei n.º 09/2018 recentemente publicada, prevê a divisão administrativa do Sistema Nacional de Saúde em dois níveis: Regional e Central. O nível regional do Sistema Nacional de Saúde está organizado em 4 regiões de saúde, nomeadamente a Área de Saúde da Região Norte (distritos de Lobata e Lembá), a Área de Saúde da Região Centro (distritos de Água Grande e Mé-Zóchi), a Área de Saúde da Região Sul (distritos de Caué e Cantagalo) e a Área de Saúde da Região Autónoma do Príncipe (distrito sanitário do Príncipe). O nível Central, de cobertura nacional tem competências político-estratégicas, de condução da política geral e sectorial, afetação de recursos, coordenação da cooperação técnica e padronização de procedimentos e condutas no alinhamento estratégico do programado governo e as suas opções.

Na ilha de São Tomé existem 6 distritos sanitários, cada um gerido por uma direção formada pelo Médico Delegado e pelo Administrador, que trabalham em articulação com a Enfermeira Coordenadora.

Os serviços de saúde ao nível dos distritos sanitários estão organizados em dois níveis do sistema de saúde. O primeiro nível, de base comunitária, é composto por postos de saúde comunitários (PSC) e postos de saúde (PS), e o segundo nível, que constitui a base dos cuidados de saúde primários, é o nível distrital composto por centros de saúde (CS). O terceiro nível é o hospital central (Hospital Dr. Ayres de Menezes), que é o hospital nacional de referência e combina serviços de saúde secundários e terciários.

Em cada distrito sanitário, os PSC, os PS e os CS formam uma rede de instituições prestadoras de cuidados de saúde. De acordo com a Carta Sanitária e Política Nacional de Saúde vigentes, o Centro de Saúde constitui a estrutura fundamental do sistema de serviços de saúde no distrito, *vocacionada para prestar cuidados integrados de atenção primária a indivíduos e famílias, quer nas instalações quer através de deslocações da equipa do distrito às diversas comunidades.*

Na Fig. 5 está a descrição de cada unidade de saúde existente no distrito sanitário e respetiva função e quadro de pessoal necessário. Os dados foram extraídos da Carta Sanitária revista e publicada pelo Ministério da Saúde em 2012.

A tabela na Fig.6 resume o número de unidade de saúde (PSC, PS e CS) por distrito sanitário e os respetivos indicadores demográficos. Os indicadores foram partilhados pelos Gabinetes de Estatística de cada um dos distritos sanitários e são projeções do INE. À data de conclusão deste relatório nem todos os distritos tinham partilhado na íntegra os dados para preenchimento completo de todas as células da tabela. O próximo censo (2024) permitirá atualizar os dados demográficos e apoiar o planeamento de intervenções para cada coorte etária. Além da população/distrito é também importante ter em conta a área (km²) de cada distrito sanitário e a forma como condiciona o planeamento das deslocações às comunidades e a facilidade de acesso ao Hospital Dr. Ayres de Menezes (HAM).

(2) Fonte: Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde, 2012.

TIPLOGIA DA UNIDADE DE SAÚDE	DESCRIÇÃO	FUNÇÃO	RECURSOS HUMANOS
POSTO DE SAÚDE COMUNITÁRIO	- Estruturas de saúde de iniciativa das comunidades onde estão implementadas - Prestam cuidados básicos e elementares de saúde, e servem como farmácia comunitária - A cargo de um Agente de Saúde Comunitário, (ASC) voluntário - Não são consideradas estruturas do Serviço Nacional de Saúde, mas devem beneficiar da supervisão e apoio técnicos por parte das estruturas do Distrito, enquanto parceiros, privilegiados	- Actividades assistenciais (para situações agudas mais comuns como diarreia, febre, tosse, parasitose intestinal etc. - Prestação de primeiros socorros em trauma menor e encaminhamento e aplicação de esquemas terapêuticos ou triagem para as visitas itinerantes pela equipa do CS - Seguimento de situações crónicas mediante protocolos - Atividades de prevenção e promoção da saúde (materno-infantil, adolescente, família) - Promoção da saúde das comunidade/ambiente (ex. promoção do uso de mosquiteiros impregnados, promoção da água potável e saneamento do meio; controle dos excretas e resíduos sólidos e líquidos, destruição dos criadouros de mosquitos - Sensibilização, mobilização e educação.	Agente de Saúde Comunitária voluntário
POSTO DE SAÚDE	- Instituições de saúde do nível primários - Considerados extensões dos CS - Dotadas de uma equipa residente com, obrigatoriamente um enfermeiro geral - Tem o apoio da equipa do Distrito de Saúde que se desloca regularmente ao PS	- Consulta de Medicina Geral - Vigilância da saúde materno-infantil - Seguimento de doentes crónicos (incluindo visitas ao domicílio) e referência de casos novos - Atividades preventivas, incluindo a prevenção de doenças evitáveis, e a promoção da saúde dos indivíduos e do meio ambiental (incluindo controle dos pontos de abastecimento de água e promoção de hábito de vida saudáveis) - Cuidados permanentes de enfermagem	- Enfermeiro geral - Agente de luta contra vectores - Microscopista - Encarregada de limpeza
CENTRO DE SAÚDE	- Estrutura fundamental do sistema de serviços de saúde no distrito - Vocacionada para prestar cuidados integrados de cuidados de saúde primários (quer na unidade, quer através de deslocações da equipa do distrito às diversas comunidades	- Urgências permanentes, em regime de chamada e/ou turno - Consultas programadas de medicina geral e de especialidades, incluindo o seguimento de doentes crónicos - Hospitalização (situações do foro da Medicina Geral e Pediatria) - Promoção e assistência a partos institucionais - Visitas itinerantes programadas (equipas compostas por médico, enfermeiro aos PS e PCS do distrito) - Recepção de visitas médicas especializadas, vindas do HAM (ou missões internacionais****) - Vigilância à saúde individual e comunitária (incluindo promoção de hábitos e estilo de vida saudáveis) - Referenciação de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no Centro de Saúde - Análises Clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostra e entrega dos resultados) - Garantia do acesso aos cuidados de radiologia, seja pela instalação no CS dum aparelho simples para exames ao tórax e ossos, seja pela selecção criteriosa e referência dos casos. - Ecografia - Função de manutenção do meio ambiente saudável (água potável, saneamento...).	- Na constituição da equipa distrital de saúde ter em conta os seguintes critérios: 1) O princípio da polivalência versus a «especialização vertical» dos prestadores 2) Um patamar mínimo de profissionais que garanta a funcionalidade das estruturas 3) O número da população servida e a demanda de cuidados que gera

Fig.5 Tipo de unidade de saúde no distrito sanitário e respetiva descrição, função e quadro de pessoal previsto. Fonte: Carta Sanitária, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, 2012.

DISTRITO	NÚMERO DE PSC	NÚMERO DE PS	POPULAÇÃO TOTAL DO DISTRITO	CENTRO DE SAÚDE	POPULAÇÃO MASC	POPULAÇÃO FEM	CRIANÇAS < 1 ANO	CRIANÇAS COM 1-4 ANOS	GRÁVIDAS	MULHERES EM IDADE FÉRTIL
ÁGUA GRANDE	-	4	-	ÁGUA GRANDE	-	-	-	-	-	-
MÉ-ZOCHI	-	7 (4)*	56351	TRINDADE	27872	28479	1410	5356	1803	15176
CANTAGALO	4	7	-	ÁGUA-IZÉ	-	-	-	-	-	-
CAUÉ	4	2	8011	ANGOLARES	4155	3856	216	1001	256	1843
LOBATA	-	4	24381	GUADALUPE	11874	12507	658	3048	780	5608
LEMBÁ	0	2	18014	NEVES	9518	8919	451	1712	576	4375

Fig.6 Número de unidade de saúde por distrito (PSC, PS e CS). Fonte: Gabinetes de Estatística dos distritos sanitários. Indicadores demográficos de cada distrito. Fonte: Gabinetes de Estatística dos distritos sanitários baseado em projeções do INE.

* Neste momento estão apenas 2 PS a funcionar no distrito de Lembá. O de Ponta Figo e de Ribeira Palma estão encerrados por falta de condições e de recursos humanos.

Em cada distrito sanitário, e de acordo com a proximidade geográfica, a pessoa pode aceder ao PSC, PS ou CS para receber cuidados de saúde. Sempre que necessário é referenciado do PSC para o PS ou do PS para o CS. A referência para o Hospital Central fica reservada para os casos em que a capacidade diagnóstica e/ou terapêutica está ultrapassada e deve ser feita apenas pelo CS. Neste momento não existe um mecanismo de referência ou contra referência do distrito sanitário para o Hospital. O Centro de Saúde organiza regularmente, mas dependendo da disponibilidade financeira, “brigadas móveis” que se deslocam aos Postos de Saúde e comunidades. As brigadas móveis têm obrigatoriamente a presença de um médico.

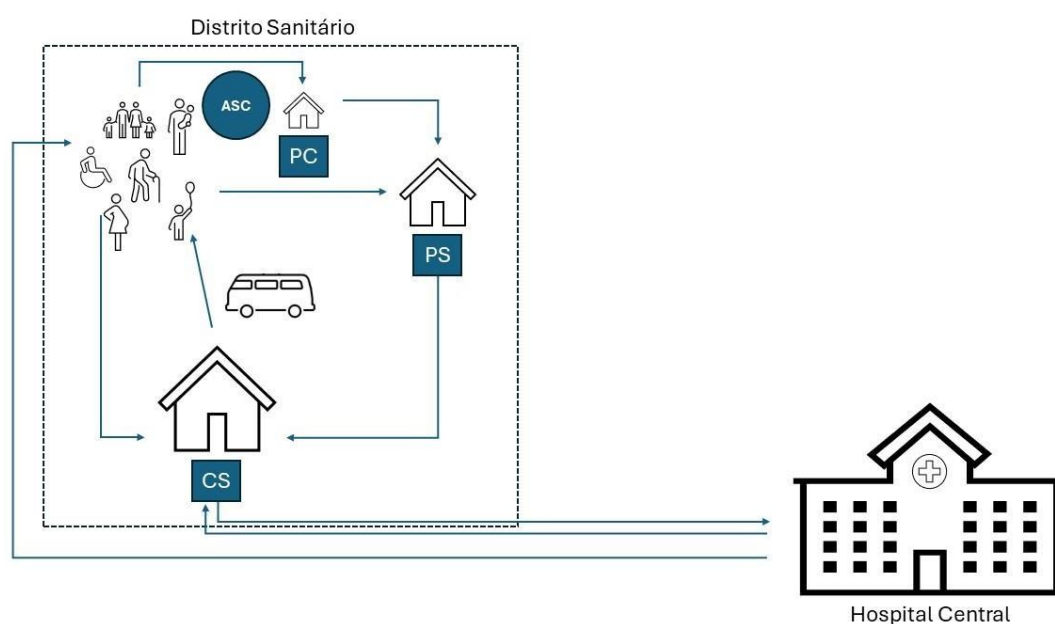


Fig.7 Representação esquemática da rede dinâmica de unidades de saúde num distrito sanitário (ASC – agentes de saúde comunitária; PC – Posto de Saúde Comunitário; PS – Posto de Saúde; CS – Centro de Saúde).

CAPACIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Capacidade dos Serviços de Saúde, ao nível dos distritos sanitários, foi avaliada em diferentes áreas-chave (Fig. 8), e teve um especial foco na avaliação funcional dos Centros de Saúde, definidos como unidades de saúde fundamentais do Sistema de Serviços de Saúde a nível distrital.



Fig.8 Áreas-chave na avaliação da capacidade dos Serviços de Saúde ao nível dos distritos sanitários.

SERVIÇOS CLÍNICOS

Princípio

Os serviços clínicos são de qualidade, eficazes e seguros, centrados nas pessoas, acessíveis e prestados por profissionais de saúde qualificados. Baseiam-se nas necessidades das comunidades e asseguram cuidados curativos, reabilitativos, paliativos, preventivos e de promoção da saúde independentemente da fase do ciclo de vida das pessoas.



Forças

- São prestados cuidados curativos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de doença.
- Existe capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças como VIH/SIDA, TB, Paludismo, HTA, DM e doenças cardiovasculares.



Fraquezas

- Não existe um programa nacional de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças (as ações realizadas neste âmbito nas unidades de saúde e nas comunidades não são estruturadas).
- Não existem cuidados reabilitativos e paliativos (o distrito de Água Grande realiza no entanto visitas ao domicílio para apoio a doentes crónicos).
- Adolescentes, adultos do sexo masculino e idosos não são alvo de ações de promoção da saúde e de prevenção de doença e riscos.
- Não existe capacidade diagnóstica e de tratamento de Cancro e Saúde mental.

CONSULTA EXTERNA

Princípio

Os serviços oferecidos refletem as necessidades dos doentes e da comunidade.



Forças

- O fluxo de atendimento externo de doentes é organizado (desde a admissão do doente, pagamento da consulta, levantamento e entrega do processo clínico)
- Existe uma triagem e é feita por um enfermeiro).
- Existem registos clínicos da consulta (em papel).
- Sala de espera para os utentes é considerada adequada em 5 dos 6 Centros de Saúde*.



Fraquezas

- Instalações sanitárias para utentes disponíveis apenas em 2 Centros de Saúde.
- Número insuficiente de gabinetes para consulta em 50% dos CS**.
- Oferta de consultas limitada a Clínica Geral exceto no CS de Água Grande (Estomatologia***, Ginecologia-Obstetrícia e Cirurgia Geral).
- Impresso específico para pedido de ECD não é padronizado e por vezes inexistente.

* O Centro de Saúde de Caué não tem sala de espera adequada.

** Apenas Mé-Zochi e Água Grande consideram que existe número suficiente de gabinetes de consulta no Centro de Saúde e que são adequados aos objetivos e ao número de doentes atendidos.

*** Relativamente à Estomatologia, existem 2 cadeiras no Centro de Saúde de Água Grande, mas apenas um está funcional. A ONG **Mundo a Sorrir** desloca-se aos distritos mas o equipamento não fica na unidade de saúde.

LABORATÓRIO

Princípio

Os serviços de laboratório prestam um serviço eficaz e eficiente, fornecendo informações de diagnóstico precisas e fiáveis.



Forças

- O portfólio de equipamentos existentes e as análises realizadas são adequados às necessidades (com exceção do ionograma que não é possível realizar em nenhum dos distritos).
- 5 em 6 Centros de Saúde* consideram que fazem uma gestão interna eficiente de stocks e consumíveis (em papel ou digital) com pedido atempado de fornecimento de novos insumos.



Fraquezas

- Não existe um manual de normas e procedimentos para procedimentos de rotina, gestão de incidentes, envio de amostras, gestão de resíduos, etc.
- 5 em 6 distritos** considera que não elimina resíduos de forma adequada e segura.
- Não existe uma plano de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Ausência de gestão de stocks em rede (com FNM e outros laboratórios por ex.) e fornecimento irregular de reagentes, com rotura recorrente.
- Nenhum dos laboratórios nos distritos faz ionograma.
- O espaço físico é inadequado (ausência de espaço para armazenamento de consumíveis, vestiário, espaço de pausa) comprometendo a biossegurança e a capacidade de prevenção e controlo de infeção.

*Água Grande considera que não existe gestão interna eficiente de reagentes.

** Apenas Mé-Zochi elimina de forma adequada e segura os resíduos produzidos no laboratório incluindo o envio de amostras para o laboratório de referências após processamento, cortoperfurantes são entregues no HAM e reagentes fora de prazo ficam em armazém até recolha. Nos restantes distritos amostras são eliminados diretamente para a canalização ou misturadas com lixívia, acondicionadas em plásticos e queimados em aterros improvisados para o efeito.

Nos 6 meses anteriores a esta avaliação, apenas o distrito de Cantagalo refere capacidade de funcionamento a 100% do laboratório, isto é, não reportou falhas de stock de reagentes e/ou outros consumíveis. No entanto, o não fornecimento a curto prazo de reagentes irá comprometer também a sua capacidade de resposta. Os distritos de Caué, Lobata e Água Grande referem que têm rotura recorrente de algum dos reagentes e nunca têm capacidade funcional de 100%.

Não existe Banco de Sangue em nenhum dos distritos sanitários. Em caso de necessidade o doente é transportado para o Hospital Central.

OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Rx E ECG

Princípio

O Centro de Saúde fornece os serviços radiológicos eficientes e eficazes e realiza ECG contribuindo para o adequado tratamento dos doentes.



Forças

- O Centro de Saúde de Água Grande, distrito mais populoso do país, tem uma Unidade de Radiologia com técnico formado e responsável pela Unidade.
- Lembá tem capacidade técnica e equipamento para realização de ECG.
- 4 em 6 distritos têm aparelho de ECG*.



Fraquezas

- O equipamento para Rx existente no Centro de Saúde de Água Grande foi oferta do Fundo Global mas não está a funcionar (aguardam apoio técnico).
- 5 em 6 distritos** não têm capacidade de realização de Rx com necessidade de transferência de cerca de 432 doentes/mês para o Hospital Central para Rx urgente ou eletivo.
- O HAM tem neste momento capacidade limitada de resposta aos distritos na realização de Rx, por falta de recursos humanos (Rx não funciona depois das 20h).
- 5 em 6 distritos não realizam ECG (seja por falta de equipamento e/ou por falta de capacitação técnica).
- A capacitação técnica para realização de ECG, quando existente, é considerada insuficiente (a formação foi de 2 dias e não foi feita em língua portuguesa).

* Os Centros de Saúde de Água Grande e Cantagalo não têm aparelho de ECG apesar de no caso de Cantagalo já ter sido feita a capacitação técnica.

** Na prática nenhum dos distritos realiza neste momento Rx. Água Grande tem o equipamento, mas aguarda manutenção técnica.

SERVIÇO FARMACÊUTICO

Princípio

O nível de serviço prestado pelo Serviço de Farmácia no Centro de Saúde é coerente com os serviços médicos prestados, garantindo que os doentes recebem medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que satisfazem as suas necessidades individuais, durante um período de tempo adequado.



Forças

- 50% dos distritos* consideram que têm uma lista padronizada dos medicamentos essenciais para consumo interno e para venda ao público.
- Gestão de stock de medicamentos fornecidos pelos programas verticais (HIV/SIDA, TB por ex.) é feita informaticamente no *mSupply*.
- Rotura de stock de medicamentos dos programas verticais é rara.
- Existe um sistema de disponibilização dos medicamentos para uso na urgência mesmo nos distritos em que a farmácia não funciona 24/dia.



Fraquezas

- A lista de medicamentos disponível nos Centros de Saúde precisa de ser revista e ajustada aos diagnósticos mais frequentes.
- Gestão de stock de medicamentos fora dos programas verticais é interna e feita em papel ou em formato excel.
- Todos os distritos referem rotura frequente de stock de medicamentos incluindo medicamentos essenciais usados em contexto de urgência como hidrocortisona ev, salbutamol para nebulização e oxigénio*.
- Nenhuma das farmácias dos distritos controla as condições farmacotécnicas de conservação adequada dos medicamentos (apenas temperatura; existe frigorífico mas ocorrem falhas recorrentes de energia)
- Falta de espaço para armazenamento de medicamentos.
- Faltam técnicos de farmácia para garantir a cobertura dos serviços farmacêuticos do Centro de Saúde e Postos de Saúde

* Água Grande, Cantagalo e Caué.

SERVIÇO DE INTERNAMENTO (Enfermaria)

Princípio

O Centro de Saúde dispõe de instalações e equipamentos adequados à avaliação clínica, tratamento e gestão de doentes internados (adultos, incluindo grávidas, e crianças), que necessitem de cuidados médicos, cirúrgicos ou outros cuidados diferenciados.



Forças

- O espaço de internamento no Centro de Saúde de MéZochi é funcional e está humanizado.



Fraquezas

- 5 em 6 distritos considera que o espaço de internamento não é adequado, funcional, nem está humanizado, pelo estado da infraestrutura e do mobiliário, como camas, e colchões, das instalações sanitárias, má ventilação, ausência de privacidade etc.
- Sobrelotação das enfermarias é frequente (condicionando camas no corredor, mulheres e crianças com mães no mesmo quarto; doentes a fazer medicação e v sentados na sala de espera da consulta).
- Não existe um quarto de isolamento para casos infecciosos, suspeitos ou confirmados.

Nota: O Centro de Saúde de Água Grande não tem serviço de internamento.

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Princípio

O Serviço de Enfermagem contribui para os doentes atingirem um nível ótimo de saúde, qualidade de vida e independência, seguindo uma abordagem cuidadora baseada em conhecimentos e competências especializadas, em parceria com os outros profissionais de saúde.



Forças

- Existem procedimentos para a prestação de cuidados de enfermagem, organizados de forma informal.
- A equipa de enfermagem faz registos clínicos em papel.



Fraquezas

- Não existe um manual de normas e procedimentos para a prestação de cuidados de enfermagem.
- Todos os distritos consideram que falta o material de que precisam para trabalhar (ex. aparelho da TA, medicamentos, aspirador de secreções, BMT)
- Não existe um espaço/sala de trabalho para enfermeiros (incluindo para preparação de medicação, pensos de doentes da enfermaria, registos clínicos etc.)

SERVIÇO MÉDICO

Princípio

A equipa médica (independentemente da sua organização) é claramente responsável pelos padrões de cuidados médicos prestados aos doentes e pela conduta ética e prática profissional dos seus elementos.



Forças

- Existe uma organização do fluxo de trabalho da equipa médica e coordenação com equipa de enfermagem.
- Os médicos realizam registos clínicos em papel.
- Estão disponíveis e integradas no trabalho clínico, normas de orientação clínica para doenças financiadas por programas específicos (ex. tuberculose, HIV/SIDA e malária).



Fraquezas

- Não existe um plano de formação contínuo e adequado às necessidades ("os programas impõem as formações"), como por exemplo para orientação clínica de DNTs, emergências médico-cirúrgicas etc.
- Não existem Médicos especialistas em Medicina Familiar
- Não estão disponíveis nem integradas no trabalho clínico normas de orientação clínica para DNTs.
- Não existe uma sala de trabalho para registos clínicos, nem acesso a internet, para pesquisa.

SERVIÇO DE URGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Princípio

O Serviço de urgência e reanimação presta cuidados de seguros, atempados e eficientes, com impacto na sobrevivência dos doentes. Todos os funcionários do hospital têm formação em suporte básico de vida. Os médicos e enfermeiros têm também formação em suporte avançado de vida.



Forças

- Existe um responsável do serviço de urgência e existem normas e procedimentos informais que definem a organização e funcionamento do serviço (incluindo fluxo de doentes urgentes, admissão, sistema de triagem, critérios para internamento no serviço de observação, articulação com laboratório, radiologia, farmácia e serviços de apoio).
- Uso da “Telemedicina” informal (telemóvel pessoal) para discussão de casos urgentes com os colegas do HAM.



Fraquezas

- Espaços físicos inadequados para funcionamento como urgência (ex. inexistência de rampa de oxigénio, ausência de sala de pequena cirurgia, ausência de um espaço isolado para observação dos doentes etc).
- 5 em 6 distritos acha que não tem os equipamentos, medicamentos e consumíveis disponíveis quando precisam (ex. não existe oxigénio em Porto Alegre e Angolares, hidrocortisona ev, salbutamol ou nebulizador, aparelho de TA, aspirador de secreções, desfibrilhador etc).
- Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) não têm formação (nem fazem atualizações regulares) em emergências médico-cirúrgicas mais comuns e reanimação (SBV e SAV)
- Não existe ou desconhecem um plano de contingência em caso de catástrofe (ex. situações multivítimas/doentes graves e mecanismo de articulação com bombeiros, polícia, autoridades locais, HAM).
- Não existe um carro de emergência organizado (pediatria/adulto) ou material de reanimação em local acessível para uso fácil quando necessário.

SERVIÇO DE MATERNIDADE

Princípio

O serviço de maternidade presta cuidados de maternidade seguros, atempados e eficientes às grávidas.



Forças

- Existe um responsável nomeado para a Maternidade.
- Em 3 de 5 Maternidades dos distritos*, os partos têm sempre o acompanhamento de uma parteira ou de um enfermeiro capacitado.
- Apoio médico está sempre disponível, se necessário.
- São mantidos registos clínicos.
- Os partos nas Maternidades dos distritos representam cerca de 20% dos partos no país.



Fraquezas

- As Maternidades nos distritos não dispõem de instalações e equipamentos suficientes para o funcionamento seguro e eficaz dos serviços de maternidade (ex. sala de partos, ventilação adequada, iluminação, camas, berços, espaço humanizado, equipamento de reanimação).**
- Em nenhum dos Serviços de Maternidade existe água canalizada disponível (ex. no Centro de Saúde de Neves a empresa Rosema fornece tanques de água; em alguns distritos é feita a recolha de água em fontes e armazenada em reservatórios dentro da Maternidade).
- Não existem procedimentos escritos para o funcionamento eficaz dos serviços de maternidade.
- O pessoal médico e de enfermagem que assiste aos partos não tem formação em reanimação materna e neonatal.
- A eliminação das placentas nem sempre é feita de modo adequado e seguro.

* Distritos de Lembá, Caué e Mé-Zochi.

** Cantagalo, por ex., não tem oficialmente Maternidade. Na prática faz cerca de 1 a 2 partos/dia, embora não tenha sala de parto, nem água canalizada.

Nota: O Centro de Saúde de Água Grande não tem Serviço de Maternidade.

SERVIÇOS DE APOIO

COZINHA

Princípio

A cozinha fornece alimentos adequados, limpos e higiénicos aos doentes e são envidados esforços para evitar a possibilidade de intoxicação alimentar.



Forças

- Todos os distritos com serviço de internamento têm uma cozinha para a confeção de pelo menos 3 refeições para os doentes.*
- Existe um responsável pela cozinha.



Fraquezas

- Os espaços que funcionam como cozinha são inadequados (incluindo espaço físico, ventilação, equipamentos/utensílios e sua arrumação, higiene, farda e vestiário para funcionárias).
- Conservação e armazenamento inadequado dos alimentos frescos e congelados.
- Os funcionários que trabalham nas cozinhas não têm formação em boas práticas de higiene e segurança alimentar.
- Não existe água canalizada.
- A localização e abertura das cozinhas permite a fácil entrada de roedores e cães.
- Existe limitação na diversificação de dietas, adequadas ao diagnóstico do doente, por não existir apoio de dietista e apoio financeiro suficiente.

* O Centro de Saúde de Água Grande não tem cozinha.

LIMPEZA

Princípio

Todas as instalações, equipamentos e materiais do hospital são mantidos limpos e seguros para os doentes, visitantes, assistentes e pessoal.



Forças

- Existem auxiliares de limpeza.



Fraquezas

- 5 em 6 distritos* considera que não estão definidas normas de limpeza e higienização da unidade de saúde no âmbito do controlo da infeção, incluindo a indicação dos materiais e produtos de limpeza.
- Não existem procedimentos escritos de boas práticas de higiene e de limpeza e desinfeção de superfícies.
- As funcionárias da limpeza não têm formação em limpeza e desinfeção em contexto de unidades de saúde.

* Apenas Água Grande considera que o critério foi parcialmente cumprido, embora de forma informal, não escrito.

SERVIÇO DE ROUPA E LAVANDARIA

Princípio

O Serviço de Roupas e Lavandaria fornece roupa de cama limpa e asséptica, atempadamente e livre de contaminação bacteriana.



Forças

- Os distritos disponibilizam lençóis para os doentes.



Fraquezas

- Apenas 2 em 4 distritos conseguem assegurar a disponibilidade de lençóis para os doentes (internamento em MéZochi e serviço de observação da urgência em Água Grande); os restantes distritos apenas de forma irregular ou em caso de necessidade extrema do doente.
- Não existe um manual de normas e procedimentos para a lavandaria da unidade de saúde.
- Apenas 3 Centros de Saúde nos distritos têm um espaço de lavandaria, com máquina de lavar*. Os restantes consideram que o espaço é inadequado, não têm máquina de lavar e usam tanque, lavandaria da comunidade ou rio.
- Não existe espaço de engomadoria (roupa é seca no chão ou muros).

* Água Grande, Mé-Zochi e Caué.

SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO

Princípio

O equipamento e os materiais são esterilizados para minimizar o risco de infecção.



Forças

- Todos os distritos têm um autoclave para esterilização (nos Centro de Saúde e em alguns Postos de Saúde).



Fraquezas

- Não existem procedimentos escritos para esterilização de material em autoclave.
- Em 5 de 6 distritos o espaço da esterilização nos Centros de Saúde é inadequado (geralmente é um pequeno autoclave, no espaço da urgência, triagem, sala de observações ou tratamento).
- Os autoclaves são antigos ou estão degradados e não respondem às necessidades dos distritos sanitários (alguns Postos de Saúde acabam por fazer a limpeza de material cirúrgico apenas com líxivia e secam ao ar).
- Não existe um manual de normas e procedimentos para a manutenção preventiva do equipamento.
- Excepto Água Grande não existe nos distritos um técnico capacitado para manutenção dos equipamentos de esterilização (ou outros).

CASA MORTUÁRIA

Princípio

A área mortuária está limpa e segura, e são mantidos registos adequados para cumprir os requisitos legais.



Forças

- Está previsto na definição de Centro de Saúde nos distritos sanitários a existência de uma Mortuária.



Fraquezas

- Apenas Lembá e Caué têm (o uso é muito limitado uma vez que as famílias geralmente levam o corpo para velório em casa e funeral).

REFERENCIAÇÃO DE DOENTES E SERVIÇO DE TRANSPORTE DE DOENTES URGENTES

Princípio

Os serviços de ambulância funcionam de forma segura, eficaz e atempada para prestar um serviço contínuo e satisfatório aos doentes.



Forças

- A transferência de doentes urgentes entre Unidades de Saúde dentro do Distrito Sanitário e para o HAM é geralmente precedida de um contato telefónico informal (usando o telemóvel pessoal) entre profissionais de saúde.



Fraquezas

- Não existe um procedimento escrito para a referência de doentes e para o transporte de doentes urgentes (incluindo critérios de referência de doentes não urgentes para consulta ou realização de ECD, comunicação para transferência de doentes urgentes, condições de transporte de doentes urgentes de acordo com o seu estado clínico).
- Não existem meios (viaturas) adequados ao transporte de doentes urgentes (ex. não existe uma ambulância medicalizada em nenhum dos distritos)
- O estado de conservação das ambulâncias existentes é mau e coloca em risco a segurança de funcionários e doentes.
- Não existe um plano ou orçamento atribuído para manutenção das ambulâncias (e que tenha em consideração as condições das vias de circulação, distâncias, número médio de transportes efetuados e desgaste).
- Não existe um sistema informático (ou outro) de referência e marcação dos doentes para consultas de especialidade ou realização de ECD não disponíveis nos distritos*.

* A necessidade de indicação para a realização de exames laboratoriais pode implicar a deslocação do doente ao HAM pelo menos 3 vezes (para a marcação, para a realização das análises e para o levantamento dos resultados). Os elevados custos associados (agravados se residência for no distrito de Caué por exemplo) levam frequentemente à desistência do doente.

Nota: Os motivos mais frequentes de referência para o HAM (programada e em contexto de urgência) são: necessidade de realização de ionograma ou glicémia, realização de Rx, ECG ou Ecografia não obstétrica, grávidas em trabalho de parto, entre outros.

QUESTÕES TRANSVERSAIS

GESTÃO DE RESÍDUOS

Princípio

Está em vigor um sistema de gestão de resíduos abrangente de acordo com as normas nacionais e internacionais.



Forças

- O distrito de Lobata faz uma boa gestão dos resíduos hospitalares produzidos no distrito.



Fraquezas

- Não estão definidas normas de gestão de resíduos hospitalares ao nível dos distritos sanitários (incluindo recolha, acondicionamento, armazenamento, tratamento e destino final).
- Não existe um sistema centralizado funcional de recolha de resíduos dos distritos (por ex. a recolha regular dos diferentes tipos de resíduos dos distritos para a incineradora do HAM, neste momento a única a funcionar no país).
- 5 em 6 distritos consideram que não eliminam de forma segura os resíduos (incluindo cortoperfurantes, amostras do laboratório, material orgânico – ex. placentas, plásticos, reagentes fora de prazo e medicamentos)*.

* Como alternativa os distritos acondicionam os resíduos e recorrem a aterros improvisados para o efeito, dentro da sua área geográfica ou dentro do recinto do Centro de Saúde, para a sua destruição por fogo, ou depositam na lixeira pública. Alguns resíduos são armazenados em espaços inadequados no Centro de Saúde até recolha para incineração no HAM e amostras de laboratório, reagentes e medicamentos fora de prazo são por vezes eliminados diretamente na canalização. Material orgânico como placentas são queimadas ou entregues à família, quando solicitado.

Nota: Não existe incineradora ao nível dos distritos sanitários. A única incineradora a funcionar no país é a do HAM.

PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

Princípio

O controlo de infeções garante um ambiente seguro para os doentes, profissionais e visitantes diminuindo o risco de infeções relacionadas com a assistência à saúde.



Forças

- Álcool gel está disponível em todas as unidades de saúde dos distritos.



Fraquezas

- Não existe ao nível dos distritos sanitários um plano de prevenção e controlo de infeções (PCI).
- Não existe uma sala de isolamento no CS para casos com elevado risco infeccioso e sobrelotação frequente das enfermarias.
- Água canalizada com disponibilidade muito limitada (ex. Lobata tem água canalizada 2x/semana das 8-10h) ou indisponível.
- Não existe formação técnica na área de limpeza e higienização hospitalar.
- Cozinhas não cumprem as normas de higiene e segurança alimentar.
- Gestão insegura de resíduos hospitalares.
- Não existe laboratório de microbiologia nem monitorização da resistência antimicrobiana no país.

REGISTOS MÉDICOS (Arquivo)

Princípio

Os registos médicos são mantidos de forma segura, confidencial e recuperável.



Forças

- Existe um processo clínico (formato papel).



Fraquezas

- Processos clínicos são folhas soltas ou agrafadas, por vezes acondicionadas em capa plástica ou envelope de papel.
- Compromisso da confidencialidade e privacidade dos registos.
- Espaço dos arquivos é insuficiente e pouco funcional com risco de não recuperação de processos e perda de informação clínica.

INFRAESTRUTURAS, ENERGIA E ÁGUA

Princípio

A infraestrutura e a disponibilidade de energia e água a todo o momento, apoiam o funcionamento seguro, eficaz e eficiente de todos os serviços.



Forças

- O número de infraestruturas de saúde é adequado à necessidades das comunidades.



Fraquezas

- 100% dos distritos sanitários identificam o mau estado de conservação das infraestruturas de saúde incluindo instalações sanitárias (por ex. fissuras, infiltrações e humidade e bolor) e que condiciona espaços insalubres, não funcionais, inseguros e não humanizados, com risco para a saúde dos profissionais e doentes.
- Não existe um plano de manutenção das infraestruturas (mesmo quando colocado no plano operacional, não existe resposta em termos de financiamento e execução das melhorias).
- Falta de espaço (em enfermarias e serviços de internamento).
- Ausência de espaço para armazenamento de consumíveis, com lotação de espaços de trabalho e perda de funcionalidade, armazenamento em condições inadequadas, e difícil controlo de stocks e validades.



Forças

- Todos os Centros de Saúde têm um gerador como fonte alternativa de energia.



Fraquezas

- 5 em 6 Centros de Saúde* referem a má qualidade no suprimento da energia com impacto no funcionamento dos serviços (ex. laboratório e urgência).
- 100% dos CS apenas tem uma fonte alternativa de energia (gerador dependente de combustível). Apenas as arcas para conservação das vacinas funcionam com energia solar.
- Os geradores são antigos e degradados (exceto Água Grande que tem um gerador novo mas que não está a funcionar por problema técnico).
- A situação de energia está neste momento estável mas em períodos de falhas recorrentes o gerador representa um peso elevado na gestão financeira dos distritos sanitários.
- Apenas o CS de Água Grande tem água canalizada, não potável, disponível. Nos restantes CS a água canalizada funciona apenas por períodos ou é inexistente sendo necessário recolher água para armazenamento em reservatórios ou depender de doações de tanques de água, para garantir o funcionamento dos serviços.

EQUIPAMENTO MÉDICO

Princípio

O hospital assegura a disponibilidade, a melhor utilização e a redução do risco de utilização do equipamento médico.



Forças

- Todos os Centros de Saúde têm um gerador como fonte alternativa de energia.



Fraquezas

- Não existe um manual de normas e procedimentos para aquisição, manutenção preventiva ou reparação do equipamento médico.
- Apenas Água Grande tem um técnico com formação adequada para manutenção de equipamentos.
- Equipamento médico já fora de uso, não é recolhido e ocupa espaços de trabalho.
- Em caso de avaria de equipamento têm de aguardar um técnico do HAM.

Lista dos equipamentos críticos em falta por distrito, de acordo com a informação do Médico Delegado e/ou Enfermeira Coordenadora:

DISTRITO	EQUIPAMENTO CRÍTICO EM FALTA
ÁGUA GRANDE	GERADOR, RX, BQ, SONDA PARA ECÓGRAFO ENDOVAGINAL, CTG.
MÉZOCHI	RAMPA DE O2 OU O2 FUNCIONANTE, ECÓGRAFO, ECG, APARELHO DE AEROSSOL, PAINÉL SOLAR, INCINERADORA.
LEMBÁ	ASPIRADOR DE SECREÇÕES, O2, MONITOR DE PARÂMETROS, AC DA MATERNIDADE, ECÓGRAFO, APARELHO DE TA ELECTRÓNICO.
LOBATA	NEBULIZADOR MONITOR DE PVS, DEFIBRILHADOR, ASPIRADOR DE SECREÇÕES.
CANTAGALO	AUTOCLAVE, RX, ECG, GARRAFAS DE O2.
CAUÉ	CTG, ASPIRADOR DE SECREÇÕES, DESFIBRILHADOR, KIT PRIMEIROS SOCORROS, MONITOR DE PVS; CONCENTRADOR DE O2.

EMERGÊNCIAS

As emergências podem interferir com a capacidade dos Sistemas de Saúde pela perturbação que geram na acessibilidade geográfica às unidades de saúde, na disponibilidade de profissionais competentes no setor da saúde e na disponibilidade de financiamento para rápida alocação de recursos. Pode também interferir com questões relacionadas com a gestão da cadeia de abastecimento, infraestruturas das instalações de saúde, eletricidade e abastecimento de água.

Na sua qualidade de primeira linha de intervenção, os cuidados de saúde primários são responsáveis pela gestão dos casos de emergência sanitária. Esta pode envolver a identificação de casos específicos de doenças, uma gestão de apoio, com procedimentos adequados de controlo de infeções ou um encaminhamento seguro. É por isso essencial reconhecer o contributo vital dos CSP nos diferentes níveis de gestão das emergências sanitárias e incluí-los nas políticas, planos e programas nacionais de gestão dos riscos de emergência sanitária e capacitá-los em matéria de avaliação de riscos e planeamento, mecanismos de coordenação e ações no terreno. A nível regional, distrital e comunitário, os cuidados primários devem ter papéis e funções bem definidos e reconhecidos na prevenção, preparação e resposta a emergências, integrados nos planos de gestão dos riscos das unidades de saúde e ligados aos sistemas de cuidados secundários e terciários. Do mesmo modo, uma abordagem centrada nas pessoas no âmbito dos cuidados de saúde primários deve garantir que os indivíduos participem na conceção, prestação e monitorização dos serviços de saúde e capacitá-los para se protegerem a si próprios e às suas comunidades, promoverem a saúde e prevenirem as emergências. As comunidades locais são um recurso vital na prevenção e preparação para emergências, e os investimentos em intervenções a nível comunitário reforçam esta cooperação e criam a resiliência da comunidade. A desinformação, que é comum em emergências, pode ser combatida assegurando uma comunicação contínua e proactiva com a população. O facto de considerar as comunidades como corresponsáveis pela prestação de serviços e por outras soluções, como a resolução de problemas ambientais e sociais, e de lhes conferir poderes para tal, pode também ajudar a prevenir ou atenuar as situações de emergência e é essencial para a recuperação.



Forças

- Os delegados dos distritos sanitários têm conhecimento sobre a existência das equipas de resposta rápida.
- Alguns delegados participaram no último ano em formações sobre emergências e simulação.
- As equipas de epidemiologistas nos distritos tem capacidade para informar diariamente sobre doenças notificáveis.
- O último plano operacional prevê ações no âmbito da *vigilância epidemiológica e estatística* e *vigilância sanitária e saneamento do meio*.



Fraquezas

- Não existe conhecimento de um plano nacional e distrital de resposta a emergências de saúde pública e das responsabilidades atribuídas aos CSP e nível d envolvimento das comunidades.
- Os delegados desconhecem se existem mecanismos de resposta a eventos de choque, de coordenação e comunicação, e de acesso a financiamento e recursos.
- Não existe quarto de isolamento para casos altamente infecciosos suspeitos ou confirmados.

RECURSOS HUMANOS

O conceito de uma força de trabalho multidisciplinar nos cuidados de saúde primários que foi articulado na Declaração de Alma-Ata é tão válido e relevante hoje como era há 40 anos. Para avançar no sentido da cobertura universal de saúde, os países precisarão de uma força de trabalho no sector da saúde que esteja alinhada com as necessidades de saúde da população e da comunidade e que seja capaz de se adaptar à procura crescente de cuidados de saúde, impulsionada por rápidas mudanças demográficas, epidemiológicas, económicas, sociais e políticas.

A mão de obra dos cuidados de saúde primários inclui todas as profissões que se dedicam à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, os profissionais de saúde pública e os que se dedicam à abordagem das determinantes sociais da saúde. Inclui também prestadores de cuidados e voluntários.

A visão global da força de trabalho dos cuidados de saúde primários, da sua composição e distribuição é limitada devido à falta de dados nacionais desagregados (por profissão, sexo, idade, tipo de unidade e zona administrativa subnacional - distrito sanitário).

A tabela (Fig.9) resume os principais grupos profissionais, identificados nos questionários de avaliação funcional propostos pela OMS (<https://aho.afro.who.int/functionality-assessment/af>), e respetivo número, por distrito sanitário. O total de grupos profissionais, e respetivo, pode ser consultado no banco de dados completo da avaliação funcional dos distritos sanitários.

Comentários à tabela:

- Nos distritos não existem médicos especialistas nomeadamente em Medicina Geral e Família
- Apenas Água Grande tem um Farmacêutico, nos restantes distritos existem técnicos farmacêuticos.
- O número de parteiros indicado está integrado no número total de enfermeiros.
- Caué conta com o apoio de 2 médicos do HAM para assegurar a urgência e com 2 médicos já reformados que continuam a dar apoio na consulta.
- Não existem médicos dentistas nos distritos. Em Água Grande existem 2 técnicos dentários e 1 técnico de próteses.

DISTRITOS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	PARTEIROS	FARMACÉUTICO/ TÉCNICO	TÉCNICO DE LAB.	DENTISTA	ASC	FISIOTERAPEUTAS	AUXILIARES	ESTATÍSTICOS	EPIDEMIOLOGISTAS	ADMINISTRATIVOS	PSICÓLOGO
ÁGUA GRANDE	10	44	42	13	8	3	28	0	31	4	3	13	1
MÉ-ZOCHI	8	34	6	15	12	0	40	0	33	3	2	18	0
CANTAGALO	6	22	3	7	7	0	38	0	15	1	2	7	0
CAUÉ	3	21	4	5	2	0	11	0	10	1	3	5	0
LOBATA	4	28	6	6	4	0	25	0	19	1	1	22	1
LEMBÁ	4	26	6	4	5	0	20	0	26	4	1	8	0

Fig.9 Grupos e número de profissionais/distrito. Fonte: Gabinetes de Estatística dos distritos sanitários.

FINANCIAMENTO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E PARCERIAS



Forças

- Cada distrito recebe um valor de financiamento do OGE para salários, alimentação para doentes internados e combustível.
- Os distritos fazem recuperação de custos para cobrir as lacunas no financiamento e assegurar os serviços de saúde.
- O valor total da recuperação de custos conseguido por cada distrito fica na respetiva conta da área de saúde.



Fraquezas

- O valor de financiamento atribuído é insuficiente e gera a necessidade de os distritos dependerem da recuperação de custos (essencialmente através da venda de medicamentos, laboratório, consultas, emissão de atestados médicos, cobrança de uma taxa fixa de internamento etc.) para manter a atividade dos serviços de saúde.
- O financiamento insuficiente compromete a capacidade de prestação de cuidados de saúde de qualidade ao nível dos distritos e a capacidade de supervisão.
- Para efeitos de recuperação de custos frequentemente não é respeitado o direito à isenção de pagamentos de alguns grupos de utentes, identificados por lei como isentos.
- Recuperação de custos é por vezes usado também para pagamento de salários de ASC.
- O financiamento não cobre a alimentação dos profissionais de saúde quando fazem turno no Serviço de Urgência.
- Frequentemente o financiamento para os distritos sanitários não é disponibilizado mensalmente na data certa pelo MS agravando a necessidade de recuperação de custos para cobertura das despesas e manutenção dos serviços de saúde.
- O valor de financiamento do OGE atribuído aos distritos não acompanhou o aumento dos preços devido à inflação e à introdução do IVA.
- O valor total da recuperação de custos fica na conta da área de saúde mas sempre que o distrito precisa de mobilizar dinheiro é necessário um processo administrativo moroso que pode demorar até 1 semana (o processo envolve o Administrador do distrito, DAF e Tesouro).

As parcerias ao nível dos distritos sanitários ajudam a impulsionar a implementação de uma abordagem de cuidados de saúde primários com o objetivo de acelerar a consecução da CUS e dos ODS relacionados com a saúde. Em alguns distritos foram identificados bons exemplos de parcerias, com o setor privado e grupos religiosos, que apoiam os serviços de saúde. Estas parcerias constituem uma força e devem ser evidenciadas e potenciadas.



Forças

- **Distrito de Lembá**
 - Rosema fornece tanques de água ao Centro de Saúde em Neves
 - as irmãs de Neves contribuem com medicamentos e apoio social aos utentes mais carenciados
- **Distrito de MéZochi**
 - a empresa de água *Bom Sucesso* fornece garrafas de 1,5L de água ao Centro de Saúde na Trindade
- **Distrito de Cantagalo**
 - a Rádio Voz da América contribui mensalmente com combustível para a ambulância do Centro de Saúde de Cantagalo
- **Distrito de Caué**
 - a empresa Agripalma contribui mensalmente com 80L de combustível para a ambulância e oferece pneus usados, que retira das suas viaturas, ao Centro de Saúde em Angolares*

AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Os agentes de saúde comunitária (ASC) podem ter impacto numa série de resultados em saúde, individuais e populacionais e, quando organizados, treinados e geridos de forma adequada, podem constituir um meio eficaz para melhorar a saúde, capacitar as comunidades e contribuir para reduzir os custos dos cuidados de saúde. Os ASC podem estar próximos da comunidade, compreender melhor as necessidades dos doentes, constituir um elo fundamental para os serviços de cuidados de saúde primários, oferecer uma gama de intervenções preventivas e curativas simples e adaptar as mensagens de promoção da saúde de forma culturalmente adequada capacitando e envolvendo as comunidades em atividades relacionadas com a saúde.

Em muitos países de baixa e média renda, assegurando uma supervisão e uma formação mais adequadas, os agentes comunitários de saúde integram formalmente as equipas de CSP e contribuem, deste modo, para promover a saúde e o bem-estar e ajudar os sistemas de saúde a atingir a CUS e os ODS relacionados com a saúde.



Forças

- Existem ASC em todos os distritos sanitários.
- Alguns ASC já integram formalmente o Sistema de Saúde.
- Desenvolvem a sua ação na comunidade: incluindo vigilância de eventos, sensibilização para paludismo, HIV e TB; identificação de casos para vacinação, vigilância da saúde materno-infantil; prevenção de DM e HTA.
- Apoiam as equipas das “Brigadas Móveis” dos CS.
- Existe um responsável dos ASC/distrito que se articula diretamente com o Delegado.



Fraquezas

- Alguns ASC são voluntários ou recebem subsídios de alguns programas financiados por ex. pelo Fundo Global.
- O pagamento dos ASC é por vezes irregular.
- Não existe um plano de formação para prestação de cuidados abrangentes e integrados, uniforme a nível nacional para todos os ASC (alguns fizeram formações pontuais proporcionadas pelos programas de doenças específicas).

MULTISSETORIALIDADE

Grande parte da carga de doença a nível mundial é causada por fatores modificáveis. Isto significa que grande parte do peso das doenças e do sofrimento relacionado com a saúde é evitável e resulta das escolhas que fazemos, sobretudo enquanto sociedades e apenas secundariamente enquanto indivíduos. Por conseguinte, evitar a doença é determinado, em grande medida, por políticas que vão para além dos cuidados médicos.

É imperativo que o sector da saúde reforce a prevenção das doenças e de promoção da saúde no domínio da saúde pública, abordando de forma estratégicas os determinantes sociais e ambientais da saúde. A ação multi e/ou intersectorial, deve ser uma componente dos cuidados de saúde primários e refere-se a ações de múltiplos sectores, informadas por dados concretos, que são necessárias para otimizar a saúde de uma determinada população. O relatório Lancet 2018, sobre as prioridades em matéria de controlo das doenças, refere que 15 dos 21 pacotes essenciais para resolver problemas de saúde prioritários incluem uma combinação de políticas intersectoriais de prevenção e promoção da saúde e intervenções do sector da saúde.



Forças

- Pontualmente, em alguns distritos, existem atividades envolvendo o setor da Educação.
- No distrito de Caué a Câmara Municipal apoia as atividades do Setor Saúde; organização de transporte para realização de atividades no distrito e apoio social com vestuário e alimentação para os utentes mais vulneráveis.



Fraquezas

- Ausência de uma clara e forte estratégia nacional para unir os sectores da saúde e não-saúde a nível nacional e distrital, permitindo uma ação intersectorial e multisectorial e a participação da comunidade.
- Os planos operacionais não são trabalhados de forma multisectorial (o plano operacional não é partilhado, discutido com Câmaras ou outros setores/parceiros).
- Não existe articulação coordenada e sistemática com setores fora da saúde.
- 5 em 6 distritos não coordenam as atividades do seu plano operacional com os Municípios (alguns já fizeram tentativas de reunião com as Câmaras, mas sem sucesso).

CAPACIDADE DE GESTÃO

GESTÃO GERAL

Princípio

As equipas de gestão dos distritos sanitários devem fornecer uma clara direção estratégica para o desenvolvimento e crescimento do distrito definindo objetivos estratégicos e assegurando linhas claras de comunicação e de responsabilização. Deve também assegurar que os objetivos estratégicos são atingidos e revistos periodicamente.



Forças

- Todos os distritos sanitários têm equipas de gestão, compostas pelo médico delegado e pelo administrador, que trabalham em articulação com a enfermeira coordenadora.
- Todos os distritos elaboraram no último ano um plano de ação anual.
- As equipas de gestão estão motivadas em melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
- Os delegados consideram que são respeitados e que têm um bom espaço de decisão.



Fraquezas

- As equipas de gestão não têm formação específica em gestão e/ou saúde pública.
- Não existe um organigrama com clara definição de função e linhas de responsabilidade.
- Não existe definição de um termo de responsabilidade para os profissionais das unidades de saúde.
- O plano de ação anual, não está detalhado e está fragmentado por doenças ou programas (ex. TB, HIV/SIDA, malária).
- Não existe um plano de desenvolvimento e formação do pessoal (por ex. integrado no plano operacional anual).
- Não existe um plano de financiamento estratégico que assegure a execução do plano de ação.
- Não existe monitorização regular do progresso de implementação do plano de ação,
- Não existe monitorização e discussão da Qualidade dos cuidados de saúde prestados.
- Falta maior comunicação e transparência entre delegado e administrador.

GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA

Princípio

O hospital protege os doentes, os visitantes, os funcionários e bens de capital (equipamentos e infraestruturas) contra danos.



Forças

- Embora não exista um mecanismo abrangente e sistemático para melhorar a saúde e a segurança nas unidades de saúde ao nível dos distritos sanitários, os profissionais de saúde estão motivados e empenhados no planeamento de intervenções.



Fraquezas

- As unidades de saúde não estão em conformidade com as normas internacionais de segurança (incluindo segurança estrutural, risco de incêndio, controlo de pragas, segurança e proteção individual).
- Não existe um manual de normas e procedimento para alerta (comunicação), resposta e investigação a incidentes.
- Não existe um plano de contingência em caso de incidente (incluindo mecanismos de articulação com polícia, bombeiros, autoridades do distrito).
- Não existe um Comité de Saúde e Segurança no qual estão representados todos os grupos de profissionais e que define um plano para a proteção do pessoal, do equipamento e das instalações.

DIREITOS DOS DOENTES E GESTÃO DOS CUIDADOS DOS DOENTES

Princípio

O hospital reconhece e defende os direitos dos doentes. Os serviços estão permanentemente disponíveis, o hospital zela pela segurança dos doentes e disponibiliza toda a informação e educação para a saúde adequadas.



Forças

- 50% dos Centros de Saúde têm rampas de acesso para cadeiras de rodas (Água Grande, Lembá e MéZochi).
- Existe sinalética para identificação de cada serviço ou unidade.
- Existem Caixas de Reclamações para os utentes para avaliar o grau de satisfação dos utentes e 50% dos distritos considera que os utentes participam na avaliação da qualidade dos serviços, ainda que de modo informal.
- A fiabilidade e a rapidez dos resultados laboratoriais são asseguradas.
- Os médicos e os enfermeiros estão disponíveis 24 horas por dia.
- Todas as informações necessárias sobre o doente, a sua doença, o tratamento, etc., são devidamente registadas no processo do doente.
- As unidades de saúde têm exposta, de forma visível para os utentes, os preços das análises do laboratório.
- É promovido o envolvimento do doente e da família em todos os aspetos dos cuidados de saúde.



Fraquezas

- A privacidade dos doentes e profissionais de saúde (incluindo ao nível de espaços de consulta e tratamento, vestiários e instalações sanitárias) está assegurada apenas em 3 dos 6 Centros de Saúde.
- Não está assegurada a disponibilidade adequada de medicamentos nos distritos sanitários (embora não existem falhas nos medicamentos dos programas, ex. TB, malária, HIV/SIDA).
- O plano de alta é elaborado (mesmo que não em impresso próprio) mas não é assegurado que uma cópia é entregue ao doente e à sua família e que uma segunda cópia seja anexada ao processo clínico do doente.
- A área da receção nas unidades de saúde não apresenta informações completas sobre a unidade de saúde, incluindo serviços disponíveis, horários, preços, direitos dos doentes etc.
- Apenas 2 em 4 distritos sanitários considera que as informações sobre educação para a saúde estão expostas de forma bem visível e disponíveis para todo o pessoal, doentes e visitantes (existe por vezes excesso de informação exposta e desatualizada).
- Em nenhuma das unidades de saúde dos distritos está disponível água potável e instalações sanitárias adequadas para os utentes.
- Não existe uma cantina para servir os visitantes e os doentes externos durante o horário normal de trabalho.

CAPACIDADE DE SUPERVISÃO

A supervisão é um processo que consiste em orientar, ajudar, formar e encorajar o pessoal a melhorar o seu desempenho, a fim de prestar serviços de elevada qualidade. Desempenha um papel fundamental na melhoria e manutenção da qualidade do desempenho dos prestadores de cuidados de saúde e dos serviços que prestam. A informação de retorno é também muito valorizada pelos prestadores de cuidados de saúde e ajuda a motivá-los no seu trabalho.

A gestão ótima dos recursos (incluindo recursos humanos, financeiros e outros) é fundamental para desenvolver e manter a qualidade dos serviços de saúde. Sem ela, a falta de consumíveis, medicamentos e/ou de equipamentos, de pessoal ou de instalações nas unidades de prestação dos cuidados, pode ocorrer.

É importante reconhecer que existem competências e conhecimentos que são necessários aos gestores para apoiar esta atividade fundamental no sistema de saúde. O apoio operacional refere-se a funções que auxiliam o trabalho diário de prestação de cuidados, o que pode incluir o funcionamento das instalações, a logística, bem como os processos de prestação de serviços. Estas duas funções (gestão e operação) são geralmente efetuadas em paralelo e são fundamentais para garantir que as estruturas necessárias para apoiar a prestação de serviços de saúde de qualidade estejam disponíveis e funcionais.



Forças

- Equipas de gestão ao nível dos distritos sanitários estão motivadas e empenhadas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.



Fraquezas

- Não existe um mecanismo formal (ex. comissão) ao nível dos distritos para monitorização e discussão da qualidade dos cuidados de saúde.
- Não existe supervisão de rotina (do nível central para distrital e ao nível distrital) para apoio às unidades de saúde:
 - falta cultura de supervisão
 - falta formação adequada em matéria de competências de supervisão (registo, seguimento etc.)
 - faltam meios de transporte e de combustível
 - faltam meios financeiros para assegurar a supervisão regular.

OPORTUNIDADES E RECOMENDAÇÕES

Um sistema de saúde deve ser adequado às pessoas, comunidades e ao seu contexto. A OMS apoia São Tomé e Príncipe na reorientação do seu sistema de saúde para os Cuidados de Saúde Primários, como meio fundamental para alcançar a CUS, os ODS relacionados com saúde e a segurança sanitária.

O investimento nos Cuidados de Saúde Primários deve envolver: 1) o reforço da capacidade de liderança, gestão e supervisão das equipas de gestão dos distritos, 2) revisão do modelo de financiamento dos distritos sanitários, 3) o desenvolvimento da força de trabalho no setor da saúde e melhoria da organização e dos fluxos de trabalho, 4) a otimização dos sistemas de informação na saúde, 5) a integração de um pacote de serviços essenciais de saúde que reflita as necessidades e o perfil epidemiológico do país, e de acordo com o nível de cuidado, assegurando a disponibilidade de cuidados em qualquer fase do ciclo de vida das pessoas, 6) a integração dos planos e programas nacionais, para doenças transmissíveis, não transmissíveis e tropicais negligenciadas, e emergências de saúde pública, contrariando um planeamento fragmentado da prestação de cuidados, que responde ao parceiro financiador mas não às reais prioridades do indivíduo e das comunidades, 7) a disponibilidade de medicamentos e de outras tecnologias da saúde, 8) a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança dos doentes, 9) o desenvolvimento de parcerias e do envolvimento multisetorial e das comunidades para potenciar os resultados em saúde, entre outros.

A avaliação funcional dos distritos sanitários identificou a fraca descentralização e capacidade de gestão, a fraca capacidade técnica para supervisão, o atual modelo de financiamento dos distritos sanitários, e a fragmentação das ações na saúde, potenciada pelos parceiros, como possíveis ameaças ao esforço de reorganização dos cuidados de saúde.

As prioridades enunciadas no **PNDS 2023-3032** estão refletidas na **Estratégia de Cooperação da OMS com São Tomé e Príncipe, 2023-2027** e foram recentemente discutidas no retiro organizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de desenvolver um **Plano de aceleração dos objetivos do PNDS 2024**. Este é o momento oportuno para projetar a visão nacional de alcançar a Cobertura Universal de Saúde pelo investimento nos Cuidados de Saúde Primários. O argumento para este investimento, sólido e fundamentado na evidência, defende interesses comuns e oferece a oportunidade de diversificar as fontes de financiamento atraindo mais investidores do setor privado, nomeadamente do setor do turismo. As ações de outros parceiros para a saúde no país são igualmente uma oportunidade. O seu mapeamento pode permitir a concertação de ações, otimização dos recursos e do impacto no desenvolvimento da saúde.

As forças e fraquezas identificadas no decurso da avaliação funcional dos distritos sanitários na ilha de São Tomé devem inspirar a mudança. É essencial refletir sobre as causas subjacentes às fraquezas, desenvolver estratégias objetivas, ultrapassar as ameaças, e construir sobre o potencial existente assegurando assim uma melhoria sistémica, estruturante, efetiva e sustentável dos Cuidados de Saúde Primários no país.

O impacto na resiliência e capacidade do Sistema de Saúde em oferecer cuidados de saúde de qualidade e equitativos a toda a população, e na prosperidade social e económica de São Tomé e Príncipe é inquestionável.

Recomendações

- Definir um **MODELO DE DISTRITO SANITÁRIO e respetivo orçamento**, ajustado ao contexto e necessidades de São Tomé e Príncipe e considerando as forças e fraquezas identificadas em cada área chave, incluindo:
 - TDR para cada unidade de saúde do distrito sanitário (descrição, função, quadro de pessoal, medicamentos e equipamentos etc.)
 - dinâmica de referência e contrareferência de doentes entre unidades de saúde dentro do distrito e do CS com o Hospital Central
 - desenvolvimento e uniformização de organigramas, TDR para cada pessoa e normas de procedimentos para cada unidade ou serviço
 - plano de formação das equipas de gestão dos distritos sanitários (nomeadamente gestão, saúde pública e supervisão)
 - integração e formação dos ASC
 - modelo de gestão de resíduos hospitalares
 - plano de implementação progressiva do **MODELO DE DISTRITO SANITÁRIO** a nível nacional
- Rever o **PACOTE DE SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE (PSES)**:
 - assegurar cuidados de saúde abrangentes, ao longo de todo o ciclo de vida
 - refletir o modelo de integração do PSES no nível dos cuidados de saúde primários de modo a assegurar a qualidade, eficiência, eficácia e equidade das intervenções
- Desenvolver um novo modelo de **PLANO OPERACIONAL ANUAL**, baseado em recomendações da OMS e em boas experiências de outros países, incluindo:
 - enfoque nas pessoas ao longo do seu ciclo de vida, e não em doenças e/ou programas
 - integração dos programas nacionais
 - atividades detalhadas e priorizadas numa linha de tempo (plano de implementação/execução)
 - inclusão de um plano formativo anual de acordo com as necessidades formativas dos profissionais de saúde e ajustado ao contexto clínico e epidemiológico
 - orçamento detalhado
 - discussão e partilha ao nível do distrito com parceiros, municípios e outros setores chave, fora do setor da saúde
 - plano de supervisão
- Explorar e potenciar **PARCERIAS AO NÍVEL DOS DISTRITOS**
- Estabelecer uma **COMISSÃO MULTISSETORIAL DISTRITAL** integrada por municípios, setor da saúde e setores fora da saúde, parceiros, forças vivas, sociedade civil e líderes comunitários, para partilha, apoio e acompanhamento da execução do plano operacional anual do setor da saúde no distrito.
- Avaliar a composição e distribuição da força de trabalho dos CSP (incluindo por profissão, sexo, idade, tipo de unidade e zona administrativa subnacional - distrito sanitário) implementando as **Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde** para:
 - gerar informações e dados fiáveis sobre os RHS
 - permitir o planeamento, a implementação e a monitorização de políticas da força de trabalho para a UHC
 - permitir a avaliação sobre as tendências futuras relativamente ao planeamento da mão de obra no setor da saúde, dos sistemas e da resiliência
 - planejar as necessidades formativas

Recomendações

- Rever o **MODELO DE FINANCIAMENTO DO DISTRITO SANITÁRIO**
 - assegurando o cumprimento das isenções de grupos específicos, já previstos na lei
- Rever a **INTEGRAÇÃO DOS PLANOS E PROGRAMAS NACIONAIS DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA** ao nível dos distritos sanitários (unidades de saúde, em especial CS, e comunidades)
 - assegurando a sua capacitação em matéria de avaliação e gestão de riscos, e planeamento, mecanismos de coordenação e ações no terreno em caso de emergência
- **REVER O PLANO DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO** e assegurar a sua integração nos Cuidados de Saúde Primários (nomeadamente nas unidades de saúde) respondendo aos pontos críticos identificados na avaliação funcional
- **ARTICULAÇÃO COM O PLANO WASH** para assegurar a resolução de problemas críticos ao nível da água e saneamento nos Centros de Saúde



PRÓXIMOS PASSOS

A figura 10 resume a proposta para *próximos passos* definindo como prioridades o modelo de distrito sanitário, modelo de plano operacional, modelo de financiamento e revisão do pacote de serviços essenciais de saúde (PSES), pelo seu elevado impacto na organização e melhoria dos cuidados de saúde em Saúde e Príncipe.



Fig.10 Proposta de prioridades e próximas passos a serem desenvolvidos com apoio técnico da OMS.

"It always seems impossible until it's done".

Nelson Mandela

BIBLIOGRAFIA

1. Avaliação dos progressos realizados para alcançar os ODS relacionados com as crianças em São Tomé e Príncipe, Dados da UNICEF; disponível em <https://data.unicef.org/sdgs/country/stp>.
2. Observatório Mundial de Saúde, (consultado em Março de 2023); disponível em: [Observatório Mundial da Saúde \(who.int\)](https://observatorio.who.int)
3. São Tomé e Príncipe: o Ministério da Saúde; *Política Nacional de Saúde 2022–3032*, 2022.
4. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2022–3032*, 2023.
5. São Tomé e Príncipe: Ministério do Planeamento, Finanças e Economia Azul; *Revisão Nacional Voluntária 2022*, 2022
6. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística; disponível em <http://www.ine.st/index.php/publicacao/documentos>.
7. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Anuário Estatístico da Saúde 2021*, 2021
8. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Anuário Estatístico da Saúde 2022*, 2023
9. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Carta Sanitária*, 2012
10. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística, Fundo das Nações Unidas para a Infância; *Inquérito Agrupado de Indicadores Múltiplos 2019 – Relatório Final*, 2020.
11. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística; *Inquérito Agrupado de Indicadores Múltiplos 2014 – Relatório Final*, 2016.
12. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde; *Relatório da Missão de apoio à cobertura universal de saúde em São Tomé e Príncipe*, 2021.
13. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância; *Inquérito nacional de vacinação 2017*
14. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, GAVI; *Narrativa para a Teoria da Mudança com vista a um pedido de apoio da GAVI*, 2022
15. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, OMS, INE; *Relatório do estudo sobre os principais factores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis em São Tomé e Príncipe – Inquérito STEPS 2019*, 2021.
16. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, OMS; *Relatório das Contas da Saúde 2016 e 2017*, 2020.
17. São Tomé e Príncipe, Plano de Acção Nacional para a Segurança Sanitária, Novembro de 2021
18. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, OMS, Boletim n.º 307, 30 de Janeiro de 2023
19. Nações Unidas, Relatório de Resultados Anuais – São Tomé e Príncipe 2021, 2022
20. Nações Unidas, Quadro das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável – São Tomé e Príncipe 2023-2027, 2022
21. Nações Unidas, Análise Comum dos Países, São Tomé e Príncipe, Outubro de 2022

22. United Nations: UNDP, Gender Development Index; Disponível em: <http://hdr.undp.org/gender-development-index#/indicies/GDI>.
23. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, São Tomé e Príncipe; disponível em <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/STP>
24. Fundo das Nações Unidas para a População: Painel de dados de São Tomé e Príncipe; disponível em: <http://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>.
25. OMS, Plano Estratégico de Cooperação com São Tomé e Príncipe 2017-2021, 2017
26. Banco Mundial – São Tomé e Príncipe – aspectos gerais; disponível em <http://www.worldbank.org/pt/country/saotome/overview>.
27. Banco Mundial, *Desemprego em São Tomé e Príncipe*; disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS>.
28. [workforce.pdf \(who.int\)](#)

