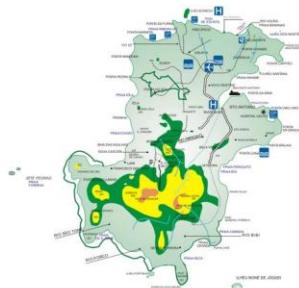




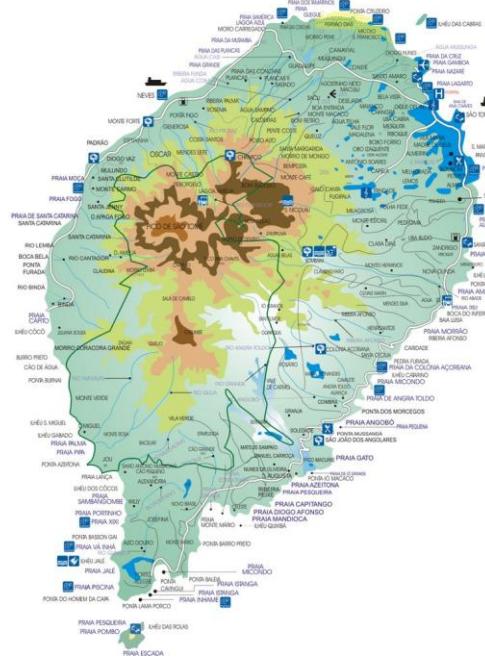
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE S. TOME E PRÍNCIPE
MINISTÉRIO DA SAÚDE E DOS ASSUNTOS SOCIAIS

CARTA SANITÁRIA DE S.TOMÉ E PRÍNCIPE

ILHA DO PRÍNCIPE



S. TOMÉ



São Tomé, Março 2012



**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA
DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**
MINISTÉRIO DA SAÚDE E DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe

Ministra da Saúde e dos Assuntos Sociais

Ângela José da Costa Pinheiro

Equipa Técnica

- Dra. Manuela Ferreira da Costa- Directora dos Cuidados de Saúde e Presidente da Comissão
- Dra. Neusa Raquel da graça Lima- Directora da DAF
- Dra. Arlete Zeferino- Directora do Gabinete da Ministra
- Dr. Gilberto José da Costa Frota- Delegado de Saúde de Água Grande
- Dr. Pascoal d'Apresentação- HAM

Consultoria do PASS (Banco Mundial):

Dr. Arlindo Vicente de Assunção Carvalho – *Consultor*

São Tomé, Março de 2012

Índice

Índice.....	3
Fundamentos	11
Conceito de Carta Sanitária	11
1.Configuração da Rede de Instituições de Saúde.....	14
1.1. Postos de Saúde Comunitários (PSC)	14
1.2. Postos de Saúde (PS)	15
1.3. Centro de Saúde (CS) e (Hospitais).....	15
2. SITUAÇÃO ACTUAL DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
2.1. Atendimento básico ou Primeiro Atendimento.....	17
2.2. Acesso aos cuidados de saúde em geral	18
2.2.1. Distrito de Água Grande	19
2.2.2. Distrito de Cantagalo	21
2.2.3. Distrito de Caué	23
2.2.4. Distrito de Lembá	24
2.2.5 Distrito de Lobata	25
2.2.6. Distrito de Mé-Zochi.....	27
2.2.7 Região Autónoma do Príncipe	29
Cap. 2- Critérios de operacionalização dos serviços de saúde	30
2.3. Critérios Gerais.....	31
2.4. Demográficos	31
2.5. Geográficos.....	31
2.6. Técnicos.....	31
2.7. Político-Administrativos	32
3. Níveis e Conteúdos Funcionais: Hierarquia das Estruturas de Saúde	32
3.1. Nível Distrital.....	33
3.2. Administração Distrital de Saúde	33
3.3. Centros de saúde (CS)	33
3.4. Estrutura física.....	33
3.5. Conteúdo funcional (Prestações)	34
3.6. Equipa Distrital	36
3.7. SAÚDE URBANA NO DISTRITO DE ÁGUA GRANDE.....	36

3.7.1.	Estrutura física	37
3.7.2.	Conteúdo funcional (Prestações)	38
3.8.	ESPECIFICIDADES PARA A REGIÃO AUTÓNOMA DO PRÍNCIPE	39
3.9.	POSTOS DE SAÚDE (PS)	41
3.10.	POSTOS COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PCS)	44
5.	NÍVEL CENTRAL	47
5.2.	Nível Central de prestação – Hospital Central.....	48
5.3.	NÍVEL CENTRAL DE GESTÃO	52
6.	Cap. 3 - Perspectivas de desenvolvimento da rede sanitária de S. Tomé e Príncipe	56
6.1.	Distrito de Água Grande.....	57
6.2.	Distrito de Cantagalo.....	58
6.3.	Distrito de Caué.....	58
6.4.	Distrito de Lembá	58
6.5.	Distrito de Lobata.....	58
6.6.	Distrito de Mé-Zochi.....	58
6.7.	Região Autónoma do Príncipe.....	58

Lista de Siglas

ASC- Agentes de Saúde Comunitários

BAD- Banco Africano de Desenvolvimento

BM- Banco mundial

CCIA- comité de Coordenação Inter-Agências

CCM – Comité de Coordenação Multisectorial

CNCLCS- Comissão Nacional de Coordenação de Luta contra o Sida

CNE- Centro Nacional de Endemias

CNLP- Comissão Nacional de Luta contra o Paludismo

CS- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DNT- Doenças não transmissíveis

ENRP- Estratégia Nacional de Redução da Pobreza

FM- Fundo Mundial

GAVI- Global Alliance for vaccine and Immunization

HAM- Hospital Ayres de Menezes

HDQDG- Hospital Doutor Quaresma Dias da Graça

ICSVSM- Instituto de Ciências da Saúde Victor Sá Machado

IDS- Inquérito Demográfico Sanitário

IST- Infecções não Transmissíveis

ODM- Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OGE- Orçamento Geral do Estado

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONG- Organizações não governamentais

PASS- Projecto de Apoio ao Sector Social

PFN- Política Farmacêutica Nacional

PNDS- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNLT- Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose

PS- Postos Sanitários

PSR- programa de Saúde reprodutiva

RAP- Região Autónoma do Príncipe

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNU- Sistema das Nações Unidas

VIH- Vírus de imunodeficiência humana

Agradecimentos

PREFÁCIO

O Sistema de Saúde em São Tomé e Príncipe conheceu, desde a independência a esta parte, um processo de desenvolvimento com avanços significativos e importantes, os quais se encontram reflectidos na evolução positiva que se reconhece nos principais indicadores de saúde.

Contudo, nesse percurso, a urgência em fazer face às necessidades essenciais das populações, aliada ao contexto socioeconómico do país bastante vulnerável, proporcionou poucos espaços para uma planificação rigorosa, na qual estivessem sempre presentes aspectos tão importantes para a melhoria do acesso e da qualidade, como sejam o princípio da complementaridade e o da solidariedade.

Em matéria de saúde, independentemente das parcerias, apoios e contribuições, ao mesmo tempo que o Estado vai agindo, cabe a este, através do Ministério competente, ter um olhar cada vez mais prospectivo e crítico em relação às estratégias, objectivos, resultados e processos, de forma a reunir elementos de informação que permitam avaliar, claramente, a situação presente e perspectivar linhas orientadoras de um futuro, que se deseja mais justo e solidário. É, pois, urgente que se preste cada vez mais uma atenção especial à planificação dos investimentos e intervenções em prol da saúde, ainda que para tal se tenha que agir em detrimento do crescimento imediato.

A presente Carta Sanitária revista vem, pois, ao encontro da satisfação de uma necessidade real, muitas vezes sentida e muitas vezes expressa, por quantos se interessam pelo desenvolvimento harmónico do Sistema de Saúde em São Tomé e Príncipe.

Com efeito, este documento não só espelha a situação actual neste domínio, como também, projecta as medidas e intervenções, consideradas necessárias e prioritárias, a serem implementadas, a curto e a médio prazos, no que diz respeito a Recursos de Saúde, designadamente, estabelecimentos, pessoal e equipamentos médico-hospitalar.

Nestes termos, espera-se que a Carta Sanitária seja um precioso instrumento de trabalho ao dispor não só dos especialistas na área da saúde, como também, entre outros, de investigadores, de políticos, de parceiros de desenvolvimento e do público em geral que se interessa pela matéria em apreço.

Apesar do trabalho abnegado, a consciência profissional bem como o rigor técnico e científico que estão na base da elaboração deste documento, os leitores mais atentos e exigentes irão, certamente, levantar questões, as quais, serão acolhidas e estudadas com cuidado e interesse.

Por outro lado, a própria realidade do país, em constante mutação, irá exigir que o processo da implementação das medidas e intervenções indicadas na Carta Sanitária seja continuamente avaliado de forma a se introduzir, em tempo útil, as adaptações e ajustamentos que se vierem a mostrar necessárias e pertinentes.

Assim, mais do que um instrumento de trabalho, considera-se a Carta Sanitária um

documento de referência que constitui um importante marco na evolução de um Sistema Nacional de Saúde, em busca de soluções, cada vez mais eficazes e eficientes, para se fazer face às exigências de uma realidade que, permanentemente, o coloca perante novos desafios.

Introdução

A Republica Democrática de São Tomé e Príncipe é um arquipélago constituído por 2 ilhas, situado entre os paralelos 0º 01' de latitude sul e 1º 44' de latitude norte e o meridiano 6º 28' de longitude este e 7º 28' de longitude oeste de Greenwich.

Com uma superfície terrestre de cerca de 1001 km², as ilhas de São Tomé e Príncipe são montanhosas, sendo o Pico de São Tomé, o maior com cerca de 2024 metros de altitude. Antiga colónia portuguesa, São Tomé e Príncipe é independente desde 12 de Julho de 1975, sendo a cidade de São Tomé a capital do País, situada na ilha do mesmo nome.

A população projectada para 2012 é de 169680 habitantes¹. A esperança de vida é de 65,5 para homens e 70,5 para mulheres. A taxa de mortalidade geral é de 8,3%, a mortalidade infantil é de 38%, o Índice Sintético de Fecundidade de cerca de 4,7 crianças por mulher. Com uma população crescendo em média cerca de 1,6% ano, estima-se que em 2015 a população ronde os 178982 habitantes. São Tomé e Príncipe em 2010 atingiu um PIB de cerca de USD\$ 181,3 milhões, crescendo em termos reais a uma taxa média anual de 4%, de que resulta um PIB/per capita de USD\$ 1.148,6. O desemprego é ainda elevado, pois atinge em 2008 cerca de 14% da população activa, o que certamente explica em parte que cerca de 54,4 % da população viva abaixo do limiar da pobreza fixado em menos de 1 US \$.

A partir da realidade constatada durante a elaboração do inquérito às estruturas de saúde de São Tomé e Príncipe, com destaque para o desempenho de cada uma delas e para a cobertura às populações, das opiniões dos técnicos e funcionários dos diferentes serviços e dos contactos com os parceiros envolvidos com as questões de saúde, pôde-se constatar os problemas maiores que enfrentam os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde.

Outrossim, as discussões de carácter teórico sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde havidas permitiram dar o enquadramento à presente proposição, a partir do qual todas as propostas deverão ser analisadas.

Uma questão de fundo prende-se com o equilíbrio entre a tendência para a autonomização das estruturas, acompanhando o afirmar do poder Distrital e a necessidade técnica de concentrar, em determinados níveis, recursos humanos qualificados e treinados assim como recursos materiais compatíveis com o grau de complexidade dos cuidados a garantir. Uma das questões que se coloca é como equacionar serviços de saúde de qualidade e rentáveis no contexto de um território de reduzidas dimensões geográfica e populacional.

¹ População projectada, INE-STP, 2012

Fundamentos

Conceito de Carta Sanitária

Uma **Carta Sanitária** pode ser definida como o "*ordenamento espacial de todo o território, com o fim de se conseguir uma oferta eficiente e equitativa da atenção à saúde*" Esse ordenamento é definido tanto pela divisão e dimensionamento das infra-estruturas como pela afectação de recursos humanos e materiais. É também considerado o desenvolvimento de um leque de actividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e das comunidades.

Exige uma partilha de recursos por áreas, baseada numa desejada homogeneidade (num pretenso equilíbrio), *com o fim de:*

- Assegurar serviços de saúde efectivamente acessíveis à todos os cidadãos;
- Descentralizar técnica e administrativamente os serviços;
- Racionalizar a oferta dos serviços, evitando duplicações e aumentando a rentabilidade;
- Propor um modelo de gestão adaptado à realidade nacional.

A **Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe** é vista como um instrumento para planeamento, organização e administração dos serviços de saúde, bem como do controlo da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Constitui um plano director do desenvolvimento nacional e local dos recursos de saúde e das interacções entre os diversos componentes do sistema de saúde que estabelece, como um objectivo atingível no quadro das condições geográfica, económica e social do país, um cenário, suficientemente flexível, no qual se poderá desenvolver o sistema de saúde de São Tomé e Príncipe nos próximos 10-15 anos.

Além disso, permite definir um sistema de saúde desejável de ser implantado num horizonte temporal atrás definido, visando a extensão gradual da cobertura com base em critérios de qualidade de prestação de cuidados de saúde e de factores de carácter demográfico, epidemiológico e social.

Nessas circunstâncias, constituem condições essenciais para a eficácia da Carta Sanitária, que ela seja:

- **Operacional**, não se tratando de um estudo teórico - ainda que tenha um substrato técnico - mas de um marco geral sobre o qual se baseará o esquema de planificação da rede de estruturas sanitárias;
- **Flexível**, não podendo traduzir-se num trabalho pontual acomodado às circunstâncias do momento da sua redacção mas, pela sua própria natureza, deve poder ajustar-se às alterações da realidade social;
- **Clara**, oferecendo um quadro de respostas às perguntas sobre o ordenamento espacial de forma a facilitar a tomada de decisão ao nível central e local.

Os **objectivos fundamentais** perseguidos pela Carta Sanitária são:

- A racionalização da oferta de cuidados de saúde;
- A conformação de uma rede completa e coerente;
- A garantia de uma efectiva acessibilidade aos serviços;
- A elevação do nível da gestão para sustentar a estrutura dos serviços.

Nesse sentido, com a Carta Sanitária pretende-se conformar uma rede de infra-estruturas físicas, obedecendo às seguintes características:

- Estruturada em pirâmide por grau de complexidade;
- Diferenciada e hierarquizada, por níveis de prestação de cuidados;
- Complementar, estabelecendo um inter-relacionamento horizontal e vertical;
- Estabelecimento de vínculos entre todos os serviços (técnicos e administrativos);
- Garantia de apoio técnico e científico dos níveis mais complexos aos menos complexos;
- Procura de equilíbrio entre a qualidade e a extensão pelo território.

Constitui, também, um instrumento de base para suportar uma previsão criteriosa dos investimentos em recursos humanos - formação, afectação e distribuição adequada às necessidades do país - ou alocação de recursos materiais e financeiros, quer para o funcionamento quer para investimentos.

Cap.1 - Caracterização do actual sistema de serviços de saúde

Para a caracterização dos serviços de saúde tomou-se como base dos dados o inquérito realizado no âmbito da actualização Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe em 2011 assim como o “Inquérito para a actualização de Instituições e Recursos da Saúde, o SAM (Service Availability Mapping) e o Health Mapper (versão 4.3) realizado em Maio de 2010. Foram analisados para a determinação da população servida por cada estrutura de prestação de cuidados de serviço e seu escalonamento segundo o tempo de caminho a percorrer, tendo em vista definir as necessidades futuras.

Embora, inicialmente se tivesse optado por uma avaliação de distância através de medida comum de caminho percorrido a pé, constatou-se, pelas informações recolhidas e pelo reconhecimento da rede de estradas e transportes, que a população segue, diferencialmente, os meios disponíveis. Assim, localidades por vezes mais afastadas da estrutura de referência podem ter um acesso mais facilitado do que outras geograficamente mais perto, por motivo da existência de estradas ou pela exclusiva utilização de veículos de transporte.

Este facto, existência de estrada ou disponibilidade de viaturas, explica a aparente contradição de estruturas nas sedes dos distritos, melhor servidas pelos transportes, terem um acesso facilitado em relação às estruturas periféricas, em princípio mais perto das populações, para as quais os utentes têm de fazer o caminho a pé.

Foi feita a identificação das localidades e das unidades de saúde e o desenho do fluxo das populações, para o intervalo entre meia hora e uma hora e para os que estão à distância de mais de uma hora.

Na análise, tomou-se em consideração a norma apontada pela OMS de cuidados de saúde acessíveis até 1 hora.

Foi utilizada a contagem de população e listagem de povoações constantes do Censo de 2001. Apesar da população ser projectada para 2010, passados mais de 10 anos, é necessário encarar os números relativos à população como indicativos fundamentalmente para efeitos de comparação entre os distritos e unidades de saúde. Existem mesmo referencias sobre povoações cuja população ter-se-á deslocado para outras localidades.

Embora para este capítulo se tenha utilizado, sobretudo os dados sobre a população e distâncias, teve-se em conta um retrato mais exacto da situação real e uma melhor planificação da saúde. No entanto, os dados que figuram na presente Carta Sanitária deverão ser confrontados com os do Censo a ser realizado em 2012, logo que disponíveis, para eventuais correcções a meio percurso, antes mesmo de uma revisão global.

1. Configuração da Rede de Instituições de Saúde

Da análise da informação recolhida fica-se com a ideia de uma boa cobertura do país com uma localização adequada, tendo em conta os hábitos de deslocação da população e a orografia das ilhas, salvo alguma discrepância devido, talvez à co-existência de unidades de saúde criadas por entidades diversas ou para alvos diversos (Bela Vista e Santo Amaro ou Ototó e Madalena).

A análise de cobertura teve em conta as seguintes constatações:

1.1. Postos de Saúde Comunitários (PSC).

São unidades criadas em zonas rurais, que deveriam estar a cargo de Agentes de Saúde Comunitária (ASC), mas não é possível determinar uma possível relação entre os postos de saúde comunitários e os tamanhos da população que devem servir, por falta de registo ou de informação fidedigna.

É, contudo, difícil esse escalão de estrutura prestadora de cuidados fixar-se um número exacto da população a servir pelas diferenças de conteúdo, funcionamento e respostas. Foram referenciados 21 postos de saúde comunitários no Inquérito SAM (Service Availability Mapping), mas uma boa parte dos postos de saúde comunitários apenas funcionava para a venda de medicamentos, no âmbito da Iniciativa de Bamako e mesmo, dentre eles, alguns estarão inoperantes. Outros funcionam com um socorrista e, ainda noutros casos não existe estrutura mas apenas um Agente de Saúde Comunitária (ASC). No total foram registados 186 Agentes de Saúde Comunitária.

Da análise de alguns dos inquéritos efectuados quanto a produtividade e prestações de cuidados, constata-se que em muitos postos de saúde comunitários apenas se fazem pequenos curativos, ignorando todo o trabalho promocional, preventivo, de atenção à mãe e à criança, e de saneamento do meio que geralmente deles se espera.

Por outro lado, havendo alguma dificuldade no enquadramento dos Agentes de Saúde Comunitários (ASC) que têm operado no país, com exceção para os da Região Autónoma do Príncipe RAP), e não recebendo nenhuma contribuição da comunidade, é natural que a qualidade do trabalho se ressinta disso. A sua formação elementar exige capacitação em serviço e uma supervisão constante assumida por outros níveis de prestação de cuidados.

Assim, quer nos parecer que os postos de saúde comunitários PSC) constituem em São Tomé mais uma referência para os serviços de saúde junto à comunidade do que uma referência dos serviços para a comunidade. Na Região Autónoma do Príncipe os ASC fazem já parte do quadro de pessoal saúde.

Isso significa que em São Tomé os PSC têm um papel a desempenhar enquanto iniciativa da comunidade, assumidas por esta e supervisionada pelos serviços de saúde, não constituindo um nível de prestação de cuidados de saúde do serviço público.

A relação que deve ser estabelecida entre os serviços de saúde e os postos comunitários é de garantir uma supervisão periódica do desempenho dos ASC, que não deva ser confundida com meras deslocações de equipas dos postos de saúde ou de Centros de Saúde para realização de consultas médicas ou vacinações.

As povoações mais isoladas, onde existem postos de saúde comunitários, devem merecer uma atenção particular dos serviços de saúde, pois que nessas zonas, devido ao tamanho pequeno da população não serão rentáveis estruturas mais diferenciadas.

1.2. Postos de Saúde (PS)

No momento do inquérito foram identificados 27 Postos de Saúde estes estão situados em centros populacionais secundários (rurais) e confrontando-os com a população, teoricamente, servida encontramos uma ampla variação de cobertura, indo de um máximo de 10626 pessoas para o Posto Sanitário de Bombom 145 para o PS de Picão (Príncipe). Os valores médios encontram-se à volta de 3374 habitantes e a maioria dos PS dão uma cobertura a uma população entre 1595 e 2594 habitantes.

A população com um primeiro atendimento nos Postos Sanitários é estimada em cerca de 131587 pessoas. Em termos de acesso, 53,3% dessa população mora a menos de meia hora de cuidados prestados por um enfermeiro e periodicamente por um médico, 38,8% entre meia hora e uma hora e apenas 7,8% a mais de 1 hora.

É no distrito de Mé-Zochi que se encontra a maior percentagem de população distante de um Posto de Saúde (12%), população servida pelos postos de Madalena, Milagrosa, Monte Café e Caixão Grande. Trata-se de 7000 pessoas espalhadas por uma extensa área geográfica.

No distrito de Cantagalo, a população servida pelo Posto de Santa Cecília está também a uma distância apreciável, 30,6% a mais de uma hora, tendo sido referidos casos de 3 horas de caminho a pé, em termos de número de pessoas, isto significa apenas 547 pessoas o que pressupõe uma solução que não a construção de um PS.

Os Postos de Saúde de Água Grande recebem populações de distritos limítrofes, não só pela proximidade territorial, como pela existência de estradas e transporte.

1.3. Centro de Saúde (CS) e (Hospitais)

Considerou-se os Centros de Saúde de Agua Izé, Angolares, Neves, Guadalupe Trindade, Delegacia de Saúde de Água Grande e os Hospitais Ayres de Menezes e Manuel Quaresma Dias da Graça.

Os CS estão situados geralmente nas sedes dos distritos e, (em matéria de atenção básica), dão cobertura directa a uma população entre 3088 habitantes para o CS Angolares e 10834 para o CS da Trindade. O Centro de Saúde de Água Grande (Delegacia de Saúde) dá uma cobertura a 22986 habitantes e Hospital Central a 9000. No entanto na análise de dados em termos de fluxo de movimentação da população a estes dois centros contacta-se que a mesma refere a uma circulação de mais de 43897 habitantes cobertos pelo Hospital Ayres de Menezes e a Delegacia de Saúde de Água Grande; e o Hospital M.Q.D. da Graça a 3296.

A população que tem o seu primeiro atendimento nessas estruturas de saúde é estimada em 131587 pessoas. Esse número não pode ser adicionado ao do atendimento nos postos de saúde para cálculo da população total, dado que em determinadas zonas as populações

dirigem-se indiscriminadamente a uma ou outra estrutura, quer do mesmo nível quer de nível diferente.

Caso mais notável é a deslocação para Água Grande de parte da população de Lobata (Santo Amaro, Bela Vista, Desejada, Boa Entrada e Monte Macaco) Cantagalo (Uba budo) e Mé-Zochi (zonas de Bombom e de Madalena, entre outras). Essa escolha da população tem a ver com a existência de estradas e transportes, e com a atracão que exerce a existência de serviços mais diferenciados e o acesso mais facilitado a exames complementares, além de outras razões exógenas ao sector saúde, como a possibilidade de ter outros contactos; administrativos, comerciais, etc.

É na Região Autónoma do Príncipe, e no distrito de Lembá que encontramos uma proporção de população com um acesso geográfico mais dificultado aos cuidados de saúde prestados ao nível do Centro de Saúde. Porém esta referência é tida em conta apenas quando a afluência é feita em direcção ao Hospital da Região. Porque na prática existem Postos Sanitários com a presença diária de pelo menos um profissional de saúde.

No Região Autónoma do Príncipe 26% da população se encontra a mais de meia hora de caminho, tendo sido referido casos de 3 horas de caminho a pé.

No entanto, apenas as comunidades de Sundy e Porto Real têm uma dimensão que poderia justificar estruturas mais diferenciadas, para os seus 576 e 239 habitantes respectivamente, se a situação epidemiológica assim o justificar.

Caso contrário a existência de uma capacidade de deslocação frequente por equipas instaladas em Santo António, a supervisão e apoio aos postos de saúde comunitários, daria resposta às necessidades da população.

No distrito de Lembá, mais concretamente em Neves, 27% da população que acorre ao CS se encontra mais afastada. Isto advém, em parte, da escolha de alguma população que, em princípio, deveria estar coberta pelo Posto Sanitário de Diogo Vaz.

Cerca de 43897 potenciais utentes procuram atenção em saúde no HAM como unidade de primeira instância. Para que a referida unidade hospitalar cumpra com o seu papel de referência nacional, torna-se, portanto, necessário, examinar as possibilidades de transformação dos Postos de Saúde em Centros de Saúde nos bairros em expansão e a criação estruturas para a prestação cuidados integrados em saúde no distrito de Água Grande. Para uma melhor eficácia das respostas aos utentes, a implantação de Postos de Saúde na cidade não constitui alternativa satisfatória à demanda do HC.

A decisão pela expansão acima proposta deve ter em conta as vias de acesso, os meios de deslocação das populações, a análise das actuais prestações de cuidados de saúde, a produtividade das estruturas existentes, assim como os recursos disponíveis ou necessários.

Restam contudo alguns bairros circunvizinhos ao HAM, cujas populações procuram atenção preferencialmente naquele estabelecimento, tornando difícil qualquer solução para as desviar do hospital.

Trata-se dos bairros de Oque Del Rei (3938); Mesquita (312); Uba Cabra (292); Santarém (157); Correia Budo Budo (761); Bairro do Hospital (1459); Atrás do Cemitério (528); Praia Lagarto (61); Praia Nazaré (137); Bairro da Liberdade (303); Bairro Militar/Quartel (241); Potó-Pótó (449); Avenida 12 de Julho até São Pedro (1964); Boa Morte (2637); Campo de Milho (132).

2. SITUAÇÃO ACTUAL DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. Atendimento básico ou Primeiro Atendimento

Os dados da demanda da população santomense aos serviços de saúde permitem-nos concluir que 49,9% da população tem a oportunidade de um primeiro contacto com os serviços de saúde nos Postos de Saúde, resultando que a outra metade da população se socorre directamente dos Centros de Saúde ou Hospitais.

Se a diferenciação dos recursos entre os dois níveis nos pode levar a concluir que metade da população se socorre, em emergência, dos cuidados de um enfermeiro, em termos de atenção médica e programas de saúde verticais, o leque da prestação de cuidados de saúde se alarga dadas as deslocações de técnicos dos centros de saúde aos postos de saúde para algumas actividades especialmente de consulta médica e de atenção materno-infantil.

Analizando o comportamento da procura dos serviços de saúde nos distritos vemos que em Água Grande e Lembá cerca de 25% da população se dirige aos PS e 75% tem acesso directo aos CS (ou hospital), enquanto nos outros distritos a situação se inverte: em Lobata 63,4% procura em primeira mão os Postos de Saúde, em Caué 57,3% e em Cantagalo 52,0%.

Se nos dois primeiros distritos a situação se deve a uma maior concentração da população nas proximidades dos centros e a facilidades de transporte, estamos em crer que em Lobata e Cantagalo se devem ao maior número de postos de saúde.

Note-se que para os PS de Água Grande acorrem cerca de 15.000 pessoas o que, exceptuando o caso de Bombom (10626), constitui em termos absolutos a maior procura dirigida/ requerida aos PS.

Em Caué há uma população coberta por postos de saúde que tem alguma dificuldade no acesso ao Centro de Saúde de Angolares.

Da população que acorre a Água Grande, 57,2% está a menos de $\frac{1}{2}$ hora de caminho, e chega a 97% a que se encontra a menos de 1 hora de caminho. Os 3% restantes correspondem a população das zonas de Trindade e Sto. Amaro que optam por estruturas de Água Grande.

O distrito de Cantagalo apresenta 70,4% da população a menos de meia hora de uma unidade de saúde. Este percentual aumenta para 89,7% quando se considera toda a população a menos de 1 hora de caminho.

A população com maior dificuldade de acesso encontra-se na zona de influência do Centro de Saúde de Santana/Cantagalo, principalmente Picão e Micondó, 522 e 193 pessoas respectivamente, e na zona de Santa Cecília, o povoado de Angra Toldo com 171 pessoas.

No distrito de Caué cerca de 60% da população encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de caminho de um serviço de saúde e essa percentagem salta para 89,3% se considerar a população a menos de 1 hora. Os povoados mais distantes e de mais peso são os de Vila Txirumba-Monte Mário (205 pessoas) e Ponta Baleia (151 hab.).

O Centro de Saúde de Neves tem 27% da sua demanda a mais de 1 hora de caminho (corresponde a 1 911 habitantes), mas uma análise mais detalhada mostra que boa parte desta demanda provém da zona de suposta influência do Posto de saúde de Diogo Vaz.

O distrito de Lobata concentra as melhores condições de acesso a um atendimento básico (a seguir ao distrito de Água Grande). Apresenta 90% da população que se refere aos postos de saúde a menos de $\frac{1}{2}$ hora de caminho e apenas 0,3% a mais de 1 hora de caminho. No total 93,3% da população se encontra a menos de 1 hora de caminho de uma unidade de saúde. Alguma população da zona de Sto. Amaro e de Diogo Nunes também se encaminha para as estruturas de Água Grande.

O distrito de Mé-Zochi, apesar do maior número de estruturas de saúde, apresenta dificuldades de cobertura da população, devido não só ao tamanho relativo da sua população, com à forma como ela se distribui intensamente no terreno, aliada às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Assim, 57,6% da população se encontra a menos de $\frac{1}{2}$ horas de distância de caminho, 90,2% a menos de 1 hora e 9,8%, correspondente a 3258 habitantes, a mais de 1 hora. No entanto, esta população, localizada a maior distância, distribui-se por povoados pequenos e dispersos.

A exclusividade de cobertura das populações pelas estruturas de saúde próprias do distrito, éposta em causa pela constatação da referência de habitantes das zonas de influência de Bombom, Caixão Grande, Madalena, Ototó e Santa Margarida directamente para as estruturas de Água Grande.

Aliás, a confrontação dos dados de cobertura do Inquérito com os respectivos dados de actividade e produtividade podem levar a encarar, com reservas, a extensão territorial/populacional de demanda efectiva do Posto de Saúde de Bombom, que nos parece inflacionada.

A Região de Príncipe, singular na coincidência da sua área com ilha do Príncipe, apresenta como serviço de saúde o Hospital Manuel Quaresma Dias Graça na cidade de Sto. António e mais cinco (5) Postos Sanitários. A distribuição da demanda mostra 61,6% da população a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância, que se torna em 74% a menos de 1 hora, e 26% estão a mais de 1 hora do Hospital

Esta região em particular apresenta uma cobertura em termos de infra-estruturas de se considerar satisfatória tendo em conta distribuição da população em geral por número de estruturas sanitárias.

2.2. Acesso aos cuidados de saúde em geral

Apesar de cada nível de atendimento ter uma capacidade de resposta instalada mais ou menos definida, essa capacidade não deve ser identificada apenas com as instalações físicas, mas também com os recursos humanos, materiais e equipamentos, e mesmo normas de funcionamento.

Também, deve-se ter presente que, com a adopção da estratégia de cuidados de saúde primários, cada nível de atendimento deixou de ser uma entidade isolada, independente, para se comunicar com os outros níveis, segundo os canais de referência e contra-referência, geralmente fazendo com que as estruturas de saúde de nível menos

diferenciado se comportem ainda como extensões dos outros níveis para a prestação de cuidados globais e integrados oferecidos através de equipas móveis (Equipas de Saúde Família).

Analisando o acesso em cada nível de atendimento, a situação em cada distrito é a seguinte:

2.2.1. Distrito de Água Grande



Hospital Central/CS Água Grande

Da população servida directamente (42863):

- 65,7% - Encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
 - 95,9% -Encontra-se a menos de 1 hora;
 - 4,1% - A mais de 1 hora.

PS Pantufo- encontra-se a uma distância de até $\frac{1}{2}$ hora da referência CH/CS de Água Grande.

Da população servida (5143 hab.):

- 45,3% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 100% encontra-se a menos de 1 hora.

PS Praia Gamboa- encontra-se a uma distância de até $\frac{1}{2}$ hora da referência HAM/CS de Água Grande.

Da população servida (9720 hab.):

- 26,1% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 100% encontra-se a menos de 1 hora.

PS de Vila Fernanda- encontra-se a uma distância de até $\frac{1}{2}$ hora da referência HAM/CS de Água Grande.

Da população servida (8040 hab.)

65% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora

100% encontra-se a menos de 1 hora

PS de São Marçal- encontra-se a uma distância de até $\frac{1}{2}$ hora de referência CH/CS de Água Grande.

Da população servida (5092 hab.):

- 78 % encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 100% encontra-se a menos de 1 hora.

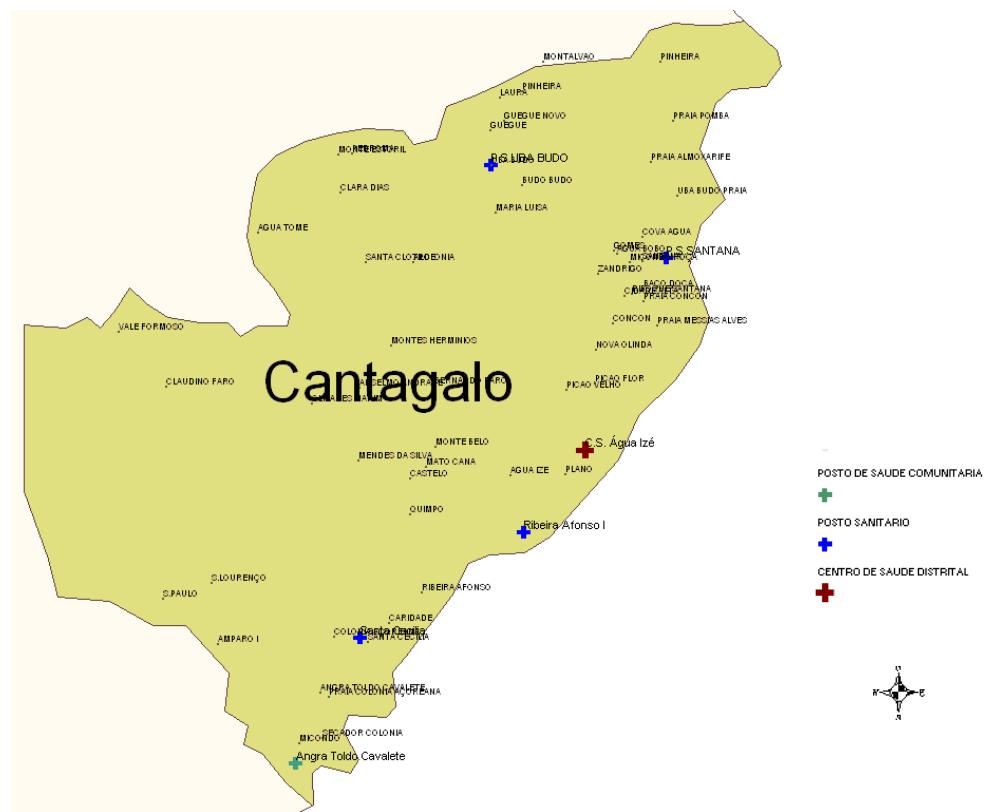
Conclusão: Em termos de distância a percorrer (acesso) as estruturas existentes no distrito de Água Grande são suficientes para uma cobertura satisfatória da sua população. No entanto, outros critérios, nomeadamente a diferenciação do HC, têm um peso substancial na configuração do distrito.

A população referenciada a mais 1 hora de caminho provém de distritos vizinhos.

Propõe-se que, gradualmente, se crie «um anel sanitário» constituído por seis (6) Centros que resultarão da transformação dos PS de Pantufo (1119hab.) e Praia Gamboa (457hab.), adaptação das instalações da Delegacia de Saúde e pela construção de novos CS em Riboque /Vila Fernanda (4232hab.), Madre de Deus (2614hab.) e Água Bobô (1714hab.) assim como a criação de um Posto Sanitário para dar cobertura as populações de.

2.2.2. Distrito de Cantagalo

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – DISTRITO DE CANTAGALO – 2011



CS Santana- encontra-se a uma distância de menos de 1 hora da referência HC, em Água Grande.

Da população servida directamente (5606 hab.):

- 75,4% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 85,7% encontra-se a menos de 1 hora.
- 14,3% a mais de 1 hora.

PS Água Izé- encontra-se a uma distância até $\frac{1}{2}$ hora de referência CS de Santana e a menos de 1 hora referência hospitalar.

Da população servida (2273) hab.):

- 56,0% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 94,4% encontra-se a menos de 1 hora.
- 5,6% a mais de 1 hora.

PS Ribeira Afonso - encontra-se a uma distância até $\frac{1}{2}$ hora de referência CS de Santana e a menos de 1 hora referência hospitalar.

Da população servida (2.028 hab.):

- 91,8%-encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;

- 97,0% encontra-se a menos de 1 hora.
- 3,0% a mais de 1 hora.

PS Sta. Cecília- encontra-se a uma distância de menos de 1 hora da referência CS de Santana e de cerca de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (705hab.):

- 58,6% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 69,4% encontra-se a menos de 1 hora.
- 30,6% a mais de 1 hora.

PS Uba Budo- encontra-se a uma distância de cerca de 1 hora da referência HC, em Água Grande.

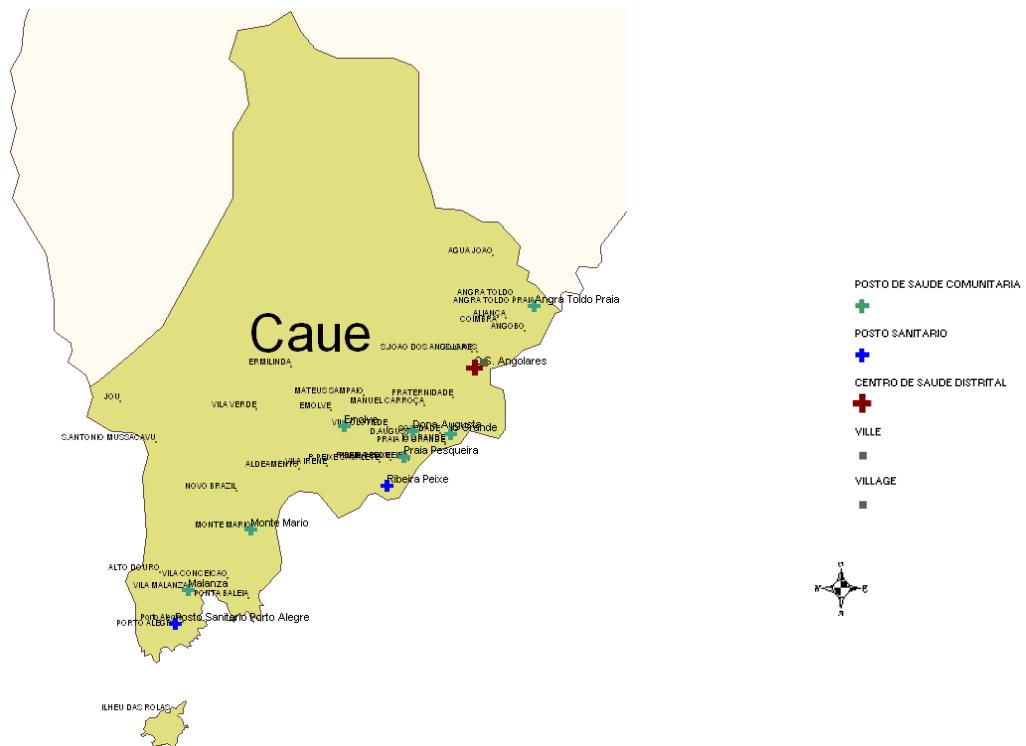
Da população servida (1076 hab.):

- 42,6% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 100% encontra-se a menos de 1 hora.

Conclusão: este distrito apresenta boa cobertura da sua população, ressalvando o caso de Picão (522 hab.).

2.2.3. Distrito de Caué

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – DISTRITO DE CAUE- 2011



CS Angolares- encontra-se a uma distância de mais de 1 hora da referência CH de Água Grande.

Da população servida directamente (2340 hab);

- 67,4% encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;
 - 93,5% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 6,5% a mais de 1 hora.

PS Ribeira Peixe - encontra-se a uma distância de 1 hora da referência CS de Angolares e de mais de 2 horas da referência hospitalar.

Da população servida (1910 hab.)

- 68,7% encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;
 - 89,8% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 10,2% a mais de 1 hora.

PS Porto Alegre- encontra-se a uma distância de 2 hora da referência CS de Angolares e de 3 horas da referência hospitalar.

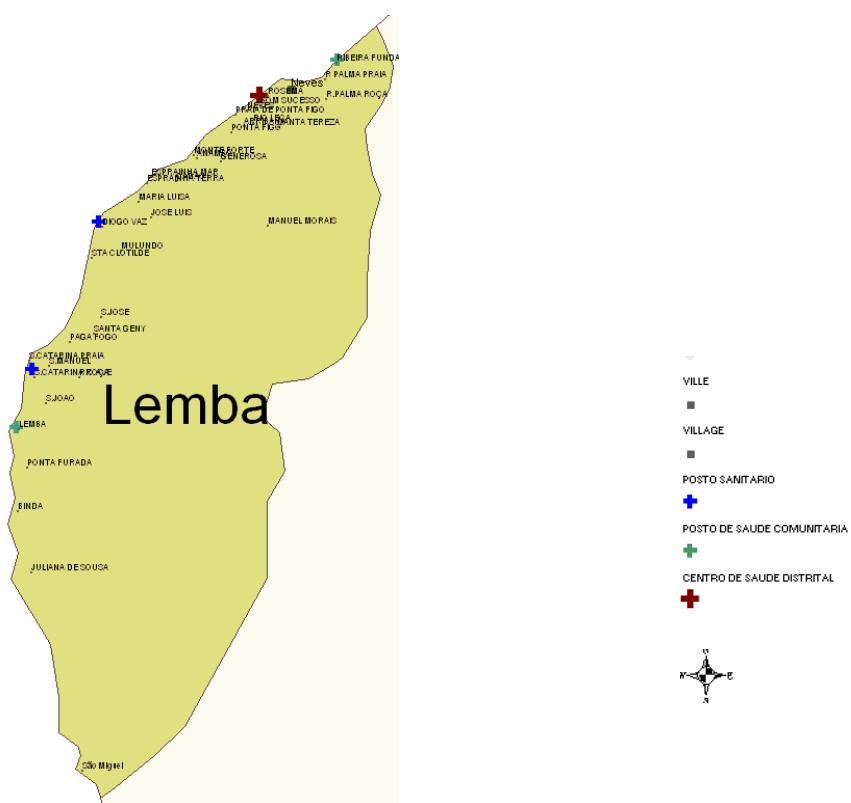
Da população servida directamente (1227 hab.):

- 31,7% encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;
 - 80,4% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 19,6% a mais de 1 hora.

Conclusão: também este distrito apresenta uma boa cobertura da sua população.

2.2.4. Distrito de Lembá

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – DISTRITO DE LEMBA – 2011



CS Neves- encontra-se a uma distância de 1 hora da referência CH de Água Grande.

Da população servida directamente (7075 hab.):

- 62,3% encontra-se a menos de 12 hora de distância;
 - 73,0% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 27,0% a mais de 1 hora.

PS Diogo Vaz- encontra-se a uma distância de 1/2 hora da referência CS de Neves e de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (632 hab.):

- 100 % encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;

PS Santa. Catarina- encontra-se a uma distância de 2 hora da referência CS de Neves e de 3 hora da referência hospitalar.

Da população servida directamente (632 hab.):

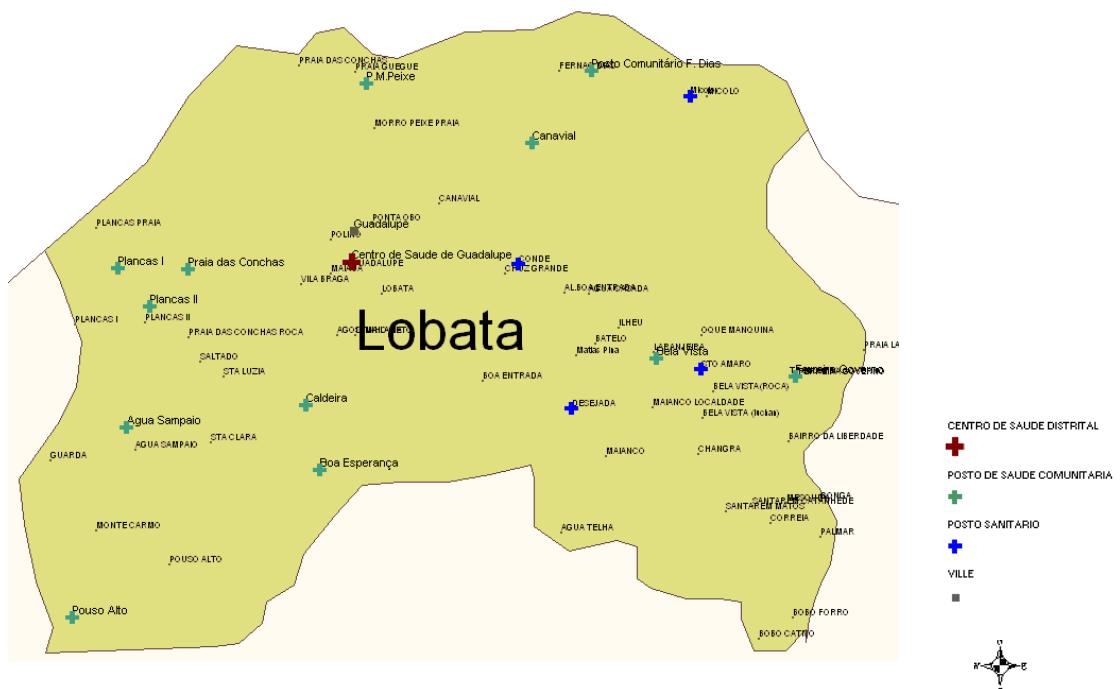
- 87,4% encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;
 - 89,3% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 10,7% a mais de 1 hora.

Conclusão: O distrito de Lembá apresenta uma apreciável proporção da sua população (2,116) a mais de uma hora de caminho, mas isso pode resultar de uma opção de alguma população que supostamente deveria ser coberta pelo PS de Diogo Vaz, estar a dirigir-se para o CS de Neves, apesar de se encontrara mais distante.

Este facto pode ser confirmado com análise de dados de actividade/produtividade.

2.2.5 Distrito de Lobata

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – DISTRITO DE LOBATA



CS Guadalupe - encontra-se a uma distância de menos de 1/2 hora da referência CH de Água Grande.

Da população servida directamente (5 523 Hab.):

- 65,2 encontra-se a menos de 1/2 hora de distância ;
- 82,0% Encontra-se a menos de 1 hora ;
- 17,0% a mais de 1 hora.

PS Conde –encontra -se a uma distância de 1/2 hora da referência hospitalar.

Da população servida (1 804 hab)

- 90,7% Encontra-se a menos de 1/2 hora de distância;
- 100% Encontra-se a menos de 1/2 a menos de 1 hora.

PS Desejada - – encontra-se a uma distância de 1/2 hora da referência hospitalar.

Da população servida (2 484):

- 100% Encontra-se a menos de 1/2 hora de distância.

PS de Micoló – encontra-se a uma distância de menos de 1 hora da referência CS de Guadalupe e também menos de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (2 109 hab) :

- 100% encontra-se a menos de **1/2** hora de distância.

PS Sto Amaro – encontra-se a uma distância de menos de $\frac{1}{2}$ hora da referência CS de Neves e também de $\frac{1}{2}$ hora de referência hospitalar.

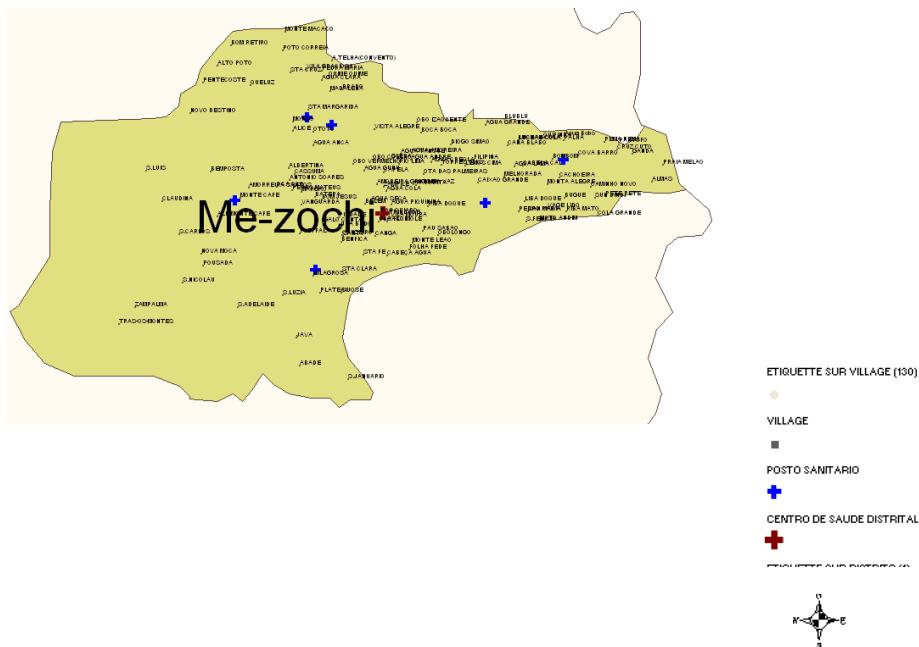
- 73,5% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
- 99,0% encontra-se a menos de 1 hora;
- 1,0% a mais de 1 hora.

Conclusão: este distrito apresenta uma boa cobertura de sua população.

2.2.6.

Distrito de Mé-Zochi

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – DISTRITO DE ME-ZOCHI



CS Trindade – encontra-se a uma distância de menos de $\frac{1}{2}$ hora de referência HC de Água Grande.

Da população servida directamente (10 897 hab.):

- 58,4% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
 - 95,1% encontra-se a menos fe 1 hora;
 - 4,9% a mais de 1 hora.

PS Bombom - encontra-se a uma distância de menos de $\frac{1}{2}$ hora da referência hospitalar.

Da população servida (11 868 hab.):

- 56,5% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância ;
 - 100% encontra-se a menos de 1 hora.

PS Caixão Grande – encontra-se a uma distância de 1 hora da referência hospitalar.

- 79,7% encontra-se a menos de uma hora da distância;
 - 80,6%encontra-se a menos de 1 hora;
 - 19,4% a mais de 1 hora.

PS Madalena - encontra-se uma distância de $\frac{1}{2}$ hora da referência hospitalar.

- 20,7% encontra-se a menos de uma hora da distância;

- 56,2% encontra-se a menos de 1 hora ;
- 43,8% a mais de 1 hora.

PS Milagrosa— encontra-se a uma distância de menos de 1 hora da referência CS de Trindade e a mais 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (803n hab.):

- 59,0% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância.
- 41,0% a mais de 1 hora.

PS Monte Café – encontra-se a uma distância de $\frac{1}{2}$ hora da referência CS de Trindade e menos de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (1 803 hab .):

- 39,4% encontra-se a menos de 1/2hora da distância
- 79,6 encontra-se a menos de 1 hora;
- 20,4% a mais de 1 hora.

PS Ototó - encontra-se a uma distância de mais de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (257 hab.);

PS Sto. Margarida – encontra-se a uma distância de menos de 1 hora da referência hospitalar.

Da população servida (548 hab.);

- 100% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância.

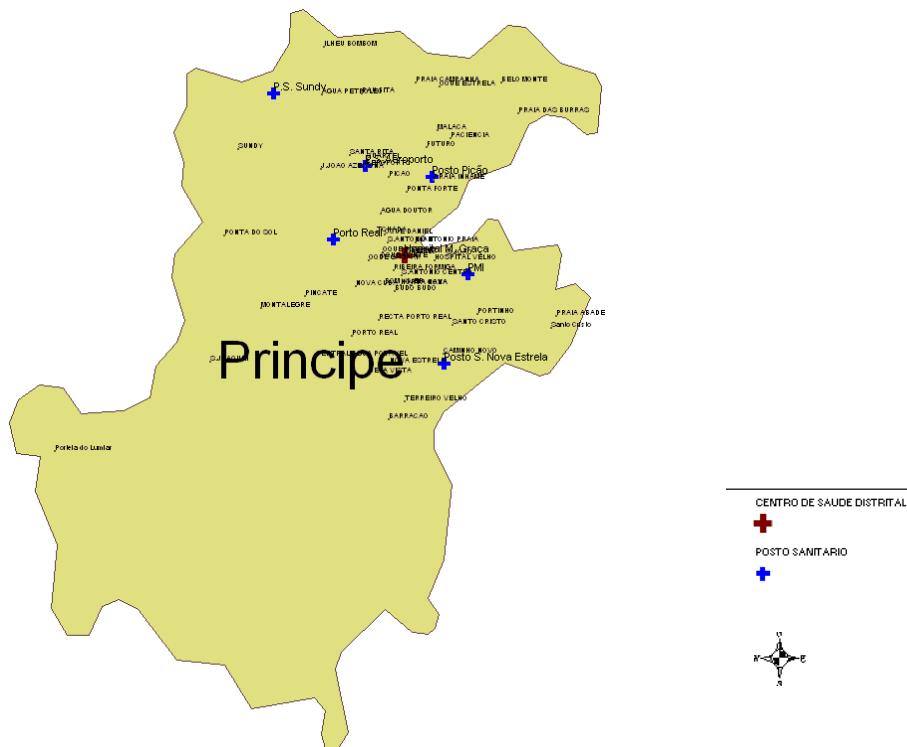
Conclusão – o distrito de Mé-Zochi, segundo em população, apresenta um número relativo de estrutura de saúde suficiente para a cobertura de sua população. No entanto, talvez devido a um melhor acesso por estrada ou facilidade de transporte, parte apreciável da sua população se referencia para estruturas de Água Grande, e as linhas de evacuação da maioria do PS dirigem-se para Hospital Aires de Meneses, em vez de irem primeira ao CS de Trindade.

Isso aponta para uma estrutura de segundo nível, complementar ao CS de Trindade. Em termos quantitativos, poder-se-á pensar na transformação do PS de Bombom em centro de saúde, numa Segunda prioridade. Essa transformação poderia dar-se em Madalena, mas ai o tamanho da população coberta talvez não justifique e é mais provável que populações dos povoados a adjacentes sempre optem por Água Grande.

De qualquer forma, essa demanda acrescida para as estruturas de Água Grande, também de outros distritos, aponta para a necessidade de organização da «Saúde Urbana» em Água Grande.

2.2.7 Região Autónoma do Príncipe

MAPA DA COBERTURA SANITARIA – PRINCIPE



Hospital M. Quaresma Dias da Graça refere para o HAM em São Tomé a uma distância em tempo superior a 1 hora de voo.

Da população servida directamente (5264):

- 61,6% encontra-se a menos de $\frac{1}{2}$ hora de distância;
 - 73,9% encontra-se a menos de 1 hora;
 - 26,1% a mais de 1 hora.

PS de Sundy

PS de Nova Estrela

PS Picão

PS Aeroporto

PS Porto Real

Conclusão: Dado que, geralmente, os hospitais revelam uma certa dificuldade em assumir a Saúde Pública, sensu lato, é desejável a existência de uma estrutura voltada para a comunidade. Como o tamanho da população da ilha do Príncipe não justifica a criação de novas estruturas, salvo ampliação de PS Sundy e PS de Porto Real, assim como a requalificação do HDQDG para melhorar as respostas em matéria de cirurgia, traumatologia, ginecologia e laboratório de análises clínicas, pode-se planejar o funcionamento de um centro de saúde adstrito ao hospital, que serviria de base para a Estratégia Saúde Família para melhor rentabilização dos recursos humanos e materiais. A direcção das duas estruturas seria única, embora pudesse ser feita por pessoas distintas.

Existe estrutura privada como por exemplo o PS Nova Apostólica cuja rentabilização deve ser objecto de estudo entre o governo regional e a entidade proprietária.

Em jeito de **conclusão global**: Considerando que as estruturas, por si, não garantem uma cobertura eficaz e activa da população, e tendo presente as dificuldades de acesso de populações dispersas e de reduzida dimensão, a rentabilização dos recursos disponíveis recomenda a adopção sistemática da estratégia de cobertura móvel por equipas integradas de saúde.

A cobertura móvel visa actuara no território da região, realizando o registo domiciliar, o diagnóstico situacional, acções dirigidas aos problemas de saúde de maneira concertada com a população nas suas comunidades, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-activa face aos problemas de saúde da população através da acção médico-social integrada.

Cap. 2- Critérios de operacionalização dos serviços de saúde

O conjunto de critérios que sirva de instrumento de medida para a proposição de novas estruturas e para as alterações a introduzir na actual rede de forma a melhorar a sua funcionalidade e resposta aos problemas de saúde e demandas da população resulta de questões cujas soluções são, talvez as mais difíceis e, ao mesmo tempo, as mais necessárias de se obter:

- Como organizar a rede de serviços de saúde de S. Tomé e Príncipe, conjugando e optimizando a oferta de certo tipo de cuidados de qualidade que se pretende para cobrir a população com a funcionalidade das diversas instituições da rede?
- Perante uma população de expressão numérica reduzida, como encontrar a «massa crítica» capaz de justificar e, sobretudo, rentabilizar tecnicamente os recursos afectados?
- Que tipo de cuidados garantir à população e a que nível prestá-los?
- Como adequar a rede de estruturas à divisão político-administrativa do país?

Com as reflexões a esse respeito tratou-se de procurar uma base técnica para suportar decisões políticas que poderão ser tomadas, posteriormente, quanto á construção de uma rede mais adequada á realidade sócio - administrativa e ao fluxo habitual da população para satisfação de outras necessidades.

A determinação da viabilidade dum dado tipo de estrutura deve obedecer á verificação simultânea de critérios de ordem demográfica; geográfica; técnica e político - administrativa para que possa garantir a missão dessa estrutura e resolver os problemas a seu nível.

2.3. Critérios Gerais

2.4. Demográficos

O número da população a servir constitui um factor importante do critério demográfico para implantação de estruturas, tanto no sentido das necessidades de saúde que ela produz, quanto no sentido da massa crítica necessária para o funcionamento de cada tipo de estrutura implantada, sobretudo a medida que aumenta o nível de complexidade dos cuidados a prestar.

Esse factor deve ser ponderado com outros aspectos. A forma concentrada ou dispersa como uma população ocupa o espaço, habitando áreas urbanas ou rurais, gera diferentes pressões na procura de cuidados de saúde que exigem, certamente, um equacionamento diferente das respostas.

2.5. Geográficos

Os aspectos ligados ao acesso, seja pelas distâncias a percorrer, seja pelas dificuldades a transpor devidas às condições naturais do território, por exemplo: por deficientes vias de acesso, constituem factores de ponderação, obrigando, por vezes, a adoptar soluções que, à luz de outros critérios, não seriam viáveis. Por exemplo, as comunidades com uma população relativamente pequena, isoladas em locais de difícil penetração ou com poucos meios de transporte disponíveis, tendem a ser alvo de soluções não estandardizadas que contudo, viabilizem uma oferta de cuidados adequados.

2.6. Técnicos

A opção por níveis de cuidados a serem prestados tem a ver, sobretudo, com a necessidade de se garantir a qualidade dos mesmos. Essa qualidade, para cada nível de cuidados corresponde, numa determinada proporção, a uma conjugação de recursos humanos, equipamentos e materiais compatíveis e uma organização para transformar esses recursos em serviço a prestar à comunidade, a que se junta a aceitação desses cuidados pela população.

Para cada tipo de estrutura deve haver uma definição do quadro de pessoal indispensável; do equipamento mínimo essencial; das normas de funcionamento, e uma estrutura física construída na base da sua missão e da realidade existente em termos de recursos. De todos esses aspectos não estiverem suficientemente garantidos e presentes é quase certo ficarmos aquém da qualidade mínima necessária que se quer oferecer.

Um destaque especial vai para a noção de cama hospitalar que traduz uma concentração de equipamento médico e de recursos humanos qualificados e bem treinados para poder prestar um determinado nível de cuidados, de complexidade variável. A dotação das

diversas estruturas em camas e sua distribuição pelo país deve obedecer a critérios baseados numa política de rentabilização dos serviços hospitalares.

O índice de cama hospitalar por habitante constitui um factor importante na programação das estruturas de saúde e na sua repartição e na sua repartição pelo país. Referências encontradas indicam, por exemplo para Portugal, ser desejável 2,0 cama por mil habitantes (Portugal/DEPS, 1992,P35) para os hospitais gerais. Para os hospitais regionais portugueses, programados para servir um milhão ou mais de pessoas, propõe-se adoptar ainda o índice de 0,18 dermatologia, neurologia, pneumologia, urologia.

Para as unidades de internamento dos Centros de Saúde o índice considerado é 1,0 cama por mil habitantes. Outras referências apontam para um índice de 0,7 camas por mil habitantes.

As formas de organização da prestação de cuidados de saúde constituem outra condição técnica importante no planeamento de estruturas de saúde. Deve-se prever a adopção concomitante de estratégias fixas e móveis de atendimento, este sobretudo para servir populações pouco numerosas e dispersas por uma grande área, onde a implantação de estruturas não irá melhorar significativamente a qualidade dos cuidados e fazer chegar a essas populações cuidados de maior complexidade. A estratégia móvel tem, ainda, a vantagem de permitir a supervisão e a capacitação em serviço, no terreno.

2.7. Político-Administrativos

Os aspectos político-administrativos constituem um critério com peso na implantação de estruturas e dependem, em grande parte das concepções políticas de saúde e da política de saúde, assentes no desenvolvimento socioeconómico do país.

Enquanto resultante, muitas vezes, de jogos de interesse, constitui um critério que pode actuar em sentidos opostos e contraditórios, levando a soluções às vezes em desacordo com as necessidades reais de saúde da população: edificar estruturas mais complexas onde caberia outro tipo de estruturas, com problemas resultantes de gestão, de funcionamento correcto e de manutenção, difíceis de solucionar ou, pelo contrário, de complexidade reduzida e, portanto pouco atractiva para a solução dos problemas de saúde das populações que deveriam servir.

3. Níveis e Conteúdos Funcionais: Hierarquia das Estruturas de Saúde

A evolução da organização do sistema de serviços de saúde de S. Tomé e Príncipe que se preconiza baseia-se na diferenciação de níveis e preconiza o aperfeiçoamento da qualidade das prestações que cada nível poderá oferecer a população santomense.

Partindo da realidade existente no país quanto à implantação das estruturas de saúde, onde ressalta a grande variabilidade dos tipos observados, e aos indicadores mais frequentemente encontrados no inquérito, propomos a adopção dos seguintes critérios no reajustamento da rede e na sua hierarquização, com indicações sobre conteúdos funcionais a reter para cada conjunto de estruturas.

3.1.Nível Distrital

3.2. Administração Distrital de Saúde

A gestão do Distrito de Saúde é garantida por uma direcção que responde por todas as acções de saúde, a serem executadas duma forma integrada, em todo o território sob jurisdição. O estilo de direcção colectiva preconizado visa fortalecer a autoridade sanitária no Distrito, transforma-la num núcleo de apoio ao processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e de reorientação do modelo assistencial.

Para além do exercício do papel de autoridade sanitária, de supervisão e fiscalização do sector privado de saúde em exercício na área do distrito e de gestão quotidiana do sistema distrital estará sob sua responsabilidade aspectos como:

- Identificação de problemas e necessidades de saúde da população e dos serviços;
- Elaboração do plano distrital de saúde e participação no processo nacional de planificação;
- Capacitação dos quadros técnicos do distrito.
- Montagem de subsistemas de informação e controlo dos resultados;

3.3. Centros de saúde (CS)

Segundo a Política Nacional de Saúde, os CS constituem a estrutura fundamental do sistema de serviços de saúde no distrito, vocacionada para prestar cuidados integrados de atenção primária, quer nas instalações quer através de deslocações da equipa do distrito às diversas comunidades. Nesta equipa é obrigatória a presença de, pelo menos, um médico de formação geral, como recurso humano mais diferenciado.

São, portanto, instituições através da quais se presta uma atenção de saúde primária à indivíduos e famílias, considerando estas como elementos de uma comunidade com os seus problemas, necessidades e comportamentos.

A atenção primária engloba medidas de promoção da saúde e acções de carácter preventivo; curativo (diagnóstico, tratamento e referencia aos níveis diferenciados) e cuidados de reabilitação (que a este nível não requerem pessoal nem material especializado).

3.4. Estrutura física

Não podendo cingir-nos a um tipo único de estrutura pela heterogeneidade das já existentes no país, os edifícios dos CS devem ser construídos ou remodelados, tendo em conta a população atendida, as condições de acesso aos CS e a referência, considerando sempre os conteúdos funcionais, o número da população a servir e a natureza de cuidados a prestar; ambulatórios ou de internamento. Os CS deverão desenvolver-se em módulos funcionais, aproximando-se dum modelo-padrão pré definido, para responder de uma forma organizada aos serviços ambulatórios, de internamento e de apoio. Esse modelo-padrão deve guiar as remodelações e as novas construções.

O critério **população** não pode ser considerado isoladamente pelas heterogeneidades constatadas na análise dos fluxos populacionais (4 CS servindo menos de 7000 hab.; 2 servindo entre 7000 e 11000 e a rede na cidade de S. Tomé). Assim, a implantação ou transformação dos CS deve continuar a ocorrer, procurando conjugar os seguintes aspectos:

- Nas sedes dos distritos ou da RAP;
- Em aglomerados populacionais a volta de 15000 habitantes, fora das sedes dos distritos. A partir desse n.º da população deve-se pensar em outras soluções;
- Nos Centros de Saúde no distrito de Água Grande (em meio urbano, CSAg) considerar uma população entre 15000 e 18000 habitantes.

Em termos de acessibilidade os CS devem poder:

- Garantir um acesso facilitado, a $\frac{1}{2}$ hora de distância do local de residência a, pelo menos, 65% da população servida. Ainda, 95% dessa população deverá estar até uma hora de distância (pelos dados do inquérito, 64,8% está a menos de $\frac{1}{2}$ hora e 26,7% entre $\frac{1}{2}$ h e 1 hora). Para além da distância ter em atenção os aspectos ligados ao acesso:
- Geográfico - estradas e outras vias de comunicação; insularidade no caso do Príncipe; fluxo migratório habitual da população, entre outros;
- Económico - custos das deslocações para os utentes; apoio familiar no local de sentido mais habitual do fluxo; participação nos custos dos cuidados etc.

A unidade de internamento dos CS, com excepção dos CSAg, deve ser programada tendo em conta:

- O dimensionamento, em princípio, na base de 0.7 a 1.0 cama x 1000 habitantes;
- A noção de «extensão do internamento feito no HC», para melhor se garantir: a complementaridade; o apoio do Hospital Ayres de Menezes, incluindo a deslocação de especialistas e, sobretudo, um melhor atendimento aos utentes;
- Curta duração do internamento, com um tempo suficiente para certeza do diagnóstico e instituição da terapêutica ou para decidir sua transferência;
- Todo Distrito de Saúde deve dispor, pelo menos dum Centro de Saúde como a entidade distrital de prestação de cuidados, independentemente da sua população.

3.5. Conteúdo funcional (Prestações)

Os CS devem poder organizar as seguintes áreas de saúde, em função da população abrangida, com ressalva para as adaptações para as situações específicas do Príncipe e Água Grande:

Deverão os CS ter disponibilizada a tecnologia necessária para garantir:

1) Funções ambulatórias, oferecendo serviços de:

➤ ***Urgências permanentes, em regime de chamada e/ou turno,*** garantindo também a realização de alguns actos especializados. Os CSAg, deverão oferecer urgências por períodos de, pelo menos, 12 horas por dia;

- **Consultas programadas de medicina geral e de especialidades**, incluindo o seguimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objectivo de reduzir o atendimento urgente aos casos reais;
- 2) **Função de hospitalização**, prestados pela organização dum módulo de internamento, em escala diferente e proporcional à dimensão da população a servir, devendo incluir:
 - **Internamento** para situações de complexidade passível de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis a esse nível, em:
 - Medicina geral
 - Pediatria médica
 - **Internamento de evolução prolongada**, para serem seguidos numa estrutura de menores custos e para aproximar o doente do apoio familiar;
 - Promoção e assistência a **partos institucionais**, significativamente a qualidade e a quantidade de partos assistidos e contribuir para a redução das mortes maternas e da morbilidade peri-natal.
-
- 3) **Visitas itinerantes programadas** (médica, do enfermeiro e da equipa de CS) aos PS e PCS do Distrito e recepção de visitas médicas especializadas, vindas do HAM;
- 4) **Vigilância à saúde individual e comunitária:**
 - Atendimento integral à mulher
 - Atendimento integral à criança
 - Profilaxia das doenças evitáveis (vacinação e outras formas)
 - Saúde escolar
 - Saúde mental
 - Saúde oral
 - Saúde ocupacional
 - Promoção de hábitos e estilo de vida saudáveis
 - Oftalmologia não especializada (nesse nível, sem recurso a meios sofisticados)
 - Otorrinolaringologia (nesse nível, sem recurso a meios sofisticados)
 - Acção médico-social integrada/ Equipas de Saúde -família.
- 5) **Garantia de evacuação referenciada** de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no Centro de Saúde;
- 6) **Exames complementares** de diagnóstico de Análises Clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostra e entrega dos resultados);
- 7) **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;
- 8) **Ecografia;**
- 9) **Função de manutenção do meio ambiente saudável** (água potável, saneamento...).

3.6. Equipa Distrital

- 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;
- Na construção das Equipas de Saúde Família, ter em conta os seguintes critérios
 - 1)Existência de uma equipa multiprofissional a definir, responsável por um determinado número de habitantes;
 - 2)Estruturas e equipamentos, nomeadamente: Consultório médico e de enfermagem, arquivos e registos, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacinas e WC por unidade.

3.7. SAÚDE URBANA NO DISTRITO DE ÁGUA GRANDE

Embora a situação sanitária seja, em geral, idêntica em todo o país, condicionada pelas reduzidas dimensões do território, homogeneidade das condicionantes climatéricas e situação sócio económica, podem ser identificadas algumas características no Distrito Sanitário de Água Grande que recomendam uma organização algo diferente dos serviços de saúde para dar resposta às necessidades da população:

- Água Grande é um distrito urbano, o mais densamente povoado e coincidente, na sua essência, com a cidade de S. Tomé. Constitui o pólo atractivo de todo o país por ser onde a maior parte dos serviços públicos se encontra concentrada. Por isso, o fluxo migratório quotidiano faz aumentar diariamente a população (estimada em cerca de 1/5 da população residente?) que procura nesse distrito a satisfação das suas variadas necessidades e que aí permanecem por um período de aproximadamente 15 horas (entre as 5 e as 20 horas), facto relevante e que deve ser tomado em consideração no processo de planificação sanitária.

- A Cidade expande-se segundo determinados eixos, formando bairros populosos (ver bairros e população) e o sentido e ritmo da expansão desses diferentes aglomerados populacionais peri-urbanos, produzem problemas ambientais e sanitários que devem ser tidos em conta no equacionamento de soluções, oferecidas mais próximas da população.

- Tradicionalmente, pela ausência doutras estruturas, pela concepção assistencialista e pelo fluxo tradicional da população, seja das áreas peri-urbanas, seja por residentes em zonas pertencentes a outros distritos sanitários, os utentes procuram assistência médica no HAM, desviando este do seu papel de hospital de referência nacional.

Isto implica que, numa lógica funcional, a organização dos serviços de saúde não pode ser rígida e seguir estritamente os limites do distrito administrativo. Pretende-se, com a reforma dos serviços de saúde na Capital, alcançar uma melhor oferta de cuidados de saúde à população, seja em termos da qualidade destes, seja da maior facilidade no acesso. É indubitável que apenas o HAM, vocacionado para uma atenção terciária e a Delegação de saúde, mesmo quando organização em CS, não poderão responder satisfatoriamente à demanda do distrito. A população aumenta em direcção à periferia, afastando-se destes centros e com ela as suas necessidades em atenção primária.

A alternativa é organizar e oferecer serviços competitivos que levem essa população a escolher o acesso a esses serviços, em vez de se dirigir ao hospital e descongestionar o CHST para que este dedique maior parte de recursos (humanos e materiais) aos cuidados terciários.

Nessa óptica propõe-se a criação, na orgânica do distrito sanitário de Água Grande, de Centro de Saúde, capacitados para oferecer um conjunto de serviços de atenção primária, atractivos pela qualidade, permanente, inspiradores de confiança nos utentes e que consigam responder às necessidades sentidas pelas populações. A convicção é a implantação de Postos de Saúde não constitui a solução, por estes oferecerem apenas alguns cuidados, sem um nível de complexidade suficiente para se constituírem em alternativa à utilização do HAM.

Com estes CS, pretende-se criar «anéis sanitários» nos bairros peri-urbanos em crescimento, tendo em conta o sentido da urbanização e expansão da cidade, a tendência de crescimento dos diferentes aglomerados, bem assim o fluxo tradicional da população, que possa, em «concorrência» ao CHST, reter a demanda e inverter a demanda e inverter a tendência da procura de cuidados primários neste estabelecimento.

Há, contudo uma população circunvizinha ao HAM estimada em aproximadamente 10 000 habitantes, que por tradição e pelo acesso facilitado, se dirige a esse estabelecimento e para a qual a prestação de cuidados deve ser equacionada no quadro da saúde urbana, duma forma concertada entre o HAM e o Distrito de Água Grande.

O primeiro anel deverá ser instalado o mais próximo possível da capital e constituído por Centros de Saúde, com algumas características próprias que os diferem do geral dos CS do país, localizados, preferencialmente em:

- Pantufo, pela transformação do PS aí existente
- Praia Gamboa, pela transformação do PS aí existente
- Riboque, por uma construção nova ou ampliação da já existente (Vila Fernanda),
- Madre Deus, por uma construção nova
- Agua Bobô, por uma construção nova
- Instalações da Delegação de Saúde

Para aproveitar as capacidades já instaladas na Delegacia de Saúde, esta deverá evoluir gradualmente para um CS, com tarefas acrescidas de referência para os Centros do distrito, nomeadamente quanto a exames complementares de diagnóstico.

3.7.1. Estrutura física

No caso deste Centros na cidade de S. Tomé (CSAg), perto da instituição hospitalar e com um funcionamento limitado a um período de 12 horas, não se justifica a função de internamento, pelo menos por enquanto e, assim, a estrutura a construir deve ser bem dimensionada, quer no espaço interno quer na área coberta e na área de reserva para ampliações futuras. Justifica-se desenvolver uma planta-tipo.

3.7.2. Conteúdo funcional (Prestações)

Propõe-se que os CS, com particularidades nomeadamente quanto a:

- Funcionamento prolongado**, por período de duração de, pelo menos, 12 horas por dia;
- Urgências** em regime de turno, durante o período funcionamento, para atender a situações médicas, cirúrgicas, orto-traumatológicas ou obstétricas. Pode a equipa encontrar-se perante as seguintes situações alternativas:

- O utente encontra solução para o seu problema e retorna ao seu domicílio;
- O diagnóstico aponta que o doente carece de internamento ou de tratamento especializado e é transferido de imediato para o HAM, no quarto da referência instituída;
- O doente é internado em observação, tendo duas saídas até o fecho do CS: ou a situação não foi passível de resolução e o doente é transferido para CHST ou resolveu-se e é mandado para casa;
- Garantia de evacuação referenciada** de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no Centro de Saúde pelo que este deverá ter acesso a (ou dispor de) um sistema de transporte (serviço de ambulância);
- Os CSAg **não oferecem o serviço de internamento** (pelo menos de inicio) pelo facto de terem um funcionamento de 12 horas. As camas a existir serão de observação e afectas ao sector das urgências;
- Apesar de não possuir uma maternidade, pelo facto de não estar permanentemente aberto, o CSAg deverá ter uma atitude activa perante a assistência ao parto, para dar seguimento à intervenção no pré-natal e ganhar confiança para o pós-natal, por exemplo:
 - Estar preparado para realizar um parto que apareça em período de expulsão
 - Encaminhamento pelos canais de referência ao HC do casos de risco detectados na atenção pré-natal ou no momento que se apresentam no Centro.

- Vistas itinerantes programadas** aos bairros para uma intervenção primária no terreno;
- Exames complementares** de diagnóstico

- Duas soluções poderão garantir o serviço de análises clínicas:
 - Montagem de um laboratório no CSAg com os recursos indispensáveis (humanos, equipamentos, reagentes) para ter um serviço constante e responder às necessidades criadas;
 - Montagem de um Centro laboratorial com recursos para recolha das amostras que serão analisados no laboratório central com posterior entrega dos resultados.

Como garantir o acesso ao serviço de radiologia?

Quanto aos serviços de radiologia, num primeiro momento através de referência para os casos que exijam exames para esclarecimento do diagnóstico e indicação da conduta ou

Eventual instalação dum aparelho simples de Rx.

- Ecografia

Quadro de Pessoal (ver quadro)

- Equipa:

A mesma definida para os outros CS, mas com as adaptações necessárias.

- Direcção:

A rede de CSAg ficará sob a responsabilidade da «Administração Distrital de Saúde (ADS)» chefiada pelo Delegado para garantir a coordenação das intervenções no terreno e fazer a ligação com a direcção do HAM e com o nível central de gestão.

Haverá em cada Centro uma Direcção «para a parte clínica de prestações» e um Administrador que garantirão a gestão quotidiana CSAg e assegurarão a participação da equipa local na ADS.

3.8.ESPECIFICIDADES PARA A REGIÃO AUTÓNOMA DO PRÍNCIPE

A ilha do Príncipe, pelo seu estatuto político-administrativo e pelas especificidades resultante da insularidade e de outras características do território merece particular atenção nas relações institucionais e de organização dos serviços. Como também vem descrito na PNS o estado santomense preconiza a organização do serviço nacional de saúde em dois níveis, distrital e central. O primeiro nível coincide, geograficamente, com a divisão administrativa do país e, apesar do Príncipe não ser um distrito, em termos funcionais e de resolução técnica dos problemas de saúde que afectam a população, preconiza-se que os serviços de saúde se organizem como se de um distrito sanitário se tratasse mas com especificidades descritas adiante, para uma melhor capacidade de resolução.

A ilha do Príncipe tem superfície de aproximadamente 147 km², concentrando-se a sua população (cerca de 6 000 habitantes) no terço norte da ilha e desta. Cerca de 50% desta vive na cidade e santo António ou nos arredores, portanto a menos de ½ hora da unidade de saúde. O resto da população encontra-se concentrada em pequenos aglomerados, fundamentalmente dependências das empresas agrícolas e dispersas entre elas.

A procura de cuidados de saúde faz-se no sentido da capital da ilha, seguindo o fluxo tradicional da população para a resolução dos outros problemas e necessidades. O fraco crescimento da população na ilha verifica-se a volta da cidade de Santo António, englobando os eixos de entrada ou saída da mesma o que demonstra o êxodo em busca de melhores condições de vida. Contudo, existe uma comunidade rural (S. Joaquim) no noroeste da ilha que por causa das condições de estrada e de transporte apresenta dificuldades na acessibilidade às estruturas de saúde.

É fundamental para a afirmação da autonomia do Príncipe no domínio da saúde, que se encontre um equilíbrio entre as demandas de saúde geradas pela população e o razoável na utilização e na racionalização de recursos.

Assim são quatro os pilares que devem marcar as especificidades de Príncipe:

- Relação institucional, com definição precisa do papel, responsabilidades e atribuições dos integrantes do trinómio institucional “Autoridade de Saúde na Região”, Secretaria Regional para os Assuntos Sociais e o Ministério da Saúde, definida num regimento.

- Organização local dos serviços para uma prestação integrada de cuidados.
- Efectivação das referências e contra-referências
- Programação de apoios técnicos regulares.
- Estratégia móvel “Saúde família”

Estruturas físicas

A organização física deverá estar centrada na criação dum suporte a todas as actividades preconizadas para o Príncipe. Assim o actual HMQDG deve ser transformado/ampliado, em termos de funcionamento, quiçá também fisicamente, de modo a oferecer:

- Cuidados de assistência a doentes (internamento, urgências, consultas médicas, farmácia, maternidade, intervenções cirúrgicas electivas, análises clínicas e hotelaria) que hoje são oferecidos pelo mesmo, cuidados reabilitativos básicos e apoio às deslocação de especialistas;
- Acção promocional e protectora a mulher e a criança prestada pelo posto de PMI;
- Cuidados promocionais e preventivos, no âmbito da saúde pública.

Conteúdo funcional (Prestações)

Propõe-se que os serviços de saúde no Príncipe organizem as mesma áreas de saúde que os outro CS, para poder cobrir com eficácia toda a população, ao mesmo que organiza intervenções hospitalares com particularidades nomeadamente quanto a:

- Urgências permanentes, em regime de turnos, oferecidos por enfermeiro, apoiando pelo medico de clínica geral, de quadro tipos a saber: médicas, cirúrgicas, ortotratológicas e obstétricas. Estas situações implicam resolução imediata, observação com ou sem internamento, internamento imediato ou evacuação para o Hospital Ayres de Menezes.

É condição essencial para garantir as urgências e outros atendimentos que a **equipa local** (médica de clínica geral, enfermeiro, técnico de laboratório...) tenha uma capacitação específica para laborar nas condições de isolamento do Príncipe, como garante dum primeiro atendimento diferenciado.

- Cuidados de internamento** envolvendo as áreas de medicina geral, pediatria médica para situações de complexidade passível de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis na ilha;
- Maternidade**, para uma assistência ao parto, com ênfase nos cuidados obstétricos essenciais mais os uso de fórceps.
- Consultas e intervenções programadas** de especialidades através de visitas itinerantes regulares, para a observação e tratamento de doentes triados e formação em serviço dos técnicos residentes (ginecologia; cirurgia; ortopedia....).
- Estratégia móvel/ Saúde família** com deslocação da unidade sanitária às comunidades através das equipas móveis (médico, enfermeiro, técnico estomatologista, equipa de SR, técnico de farmácia, técnico de laboratório, ASC) devidamente integradas.

•**Exames complementares de diagnóstico:**

- Análises clínicas (hematologia, bioquímica, microbiologia e urina);

Os exames complementares mais diferenciados, realizados no laboratório central, devem ser garantidos, sempre que possível, por recolha e remessa do produto e entrega dos resultados pelo laboratório local e, em última instância, através de evacuação.

- Radiologia simples (para ossos e tórax) e transferência dos casos complexos;

- Ecografia;

- Electrocardiografia.

•**Medicamentos**

Preconiza-se a elaboração duma lista de medicamentos essenciais, adaptada ao Príncipe, em função do perfil epidemiológico local e do «isolamento», no quadro do desenvolvimento do sector farmacêutico.

•**Referências/evacuações sanitárias**

Propõe-se a criação duma **junta regional de saúde** com vista a disciplinar as evacuações sanitárias não urgentes)

•**Equipamentos**

Deverão ser definidas quais os equipamentos e instrumentos que, pelas especificidades, deverão ser acrescidas ao equipamento básico dos serviços de saúde no Príncipe.

•**Quadro de pessoal – (a definir segundo as especificidades)**

3.9. POSTOS DE SAÚDE (PS)

Os PS são definidos na Política Nacional de Saúde como instituições de saúde do nível de Atenção Primária, consideradas extensões dos CS, dotadas duma equipa residente com, obrigatoriamente um enfermeiro geral, com responsabilidade para atender a uma determinada população, quer pela equipa residente quer pela equipa do Centro de Saúde/Distrito de Saúde que aí se desloca com a periodicidade necessária e regular, em função das exigências.

Estrutura física

Não obstante a diversidade da população atendida por cada um dos PS, em número e dispersão pelo território coberto, recomenda-se a definição duma estrutura-padrão que será adaptada a cada situação e que deverá dispor, como mínimo indispensável, dos seguintes espaços:

- 1 sala para atendimento ambulatório (consultório e apoio às equipas móveis) com medidas mínimas de 2,40*2,7m;

- 1 sala para atendimento permanente (urgência e tratamentos);

- 1 sala com 2 camas de observação de muito curta duração, (ou mais? Em função da população) que não fazem parte do cômputo a geral de leitos hospitalares . (A área mínima para uma cama é de 3m2);
- 1 sala para atendimento a partos (com uma cama standard e equipamentos mínimos incluindo uma fonte de luz) com, no mínimo, 12 m2;
- 1 área de serviço – lavagem de material, esterilização, etc.;
- 1 área reservada para expansão futura, deverá ser igual à área coberta.

■São programados para servir uma população, em princípio, a volta de 2 500 habitantes.

Quando forem registadas grandes variações no nº. de população deve-se pensar em soluções alternativas(actualmente 6 PS servem comunidades com menos de 1 000 hab. ; 6 servem entre 1 001 e 2000; outros 6 entre 2 001 e 4 000; e 4 000 hab. ; numa variação entre 250 e 1188 habitantes. Se tomarmos como média 2 500 habitantes 16 PS estarão abaixo da média e apenas 07 acima, nomeadamente Bombom, P. Gamboa, Pantufo, Caixão Grande, Madalena, Santo Amaro, Desejada)

■Os PS devem servir uma população, da qual, pelo menos, 60% habite até ½ hora de distância e 94% até 1 hora, para que o acesso aos cuidados esteja garantido. (actualmente 58,4% a menos de ½ hora; e 6,5% a mais de 1 hora (3 800)

Conteúdo funcional (Prestações)

Os Postos Sanitários devem poder à população, quer pela equipa residente quer pelas equipes do Centro de Saúde que aí se deslocam com uma periodicidade necessária e regular e proceder a uma triagem para a consulta médica ou para a referência ao CS.

Terá que garantir prestações, designadamente nas valências de:

•**Medicina geral, com seguimento de doentes crónico;**

Consulta médica geral e de referência para as situações clínicas novas; prestação de esquemas terapêuticos a das respostas – pré-natal; partos simples com episiotomia; cura vaginal; cura umbilical; cuidados ao RN; consulta pós-parto; PF sem inserção de DIU; triagem ginecologia e de grávidas.

•**Saúde infantil**

Igualmente deve-se privilegiar um atendimento integral à criança que demanda cuidados de saúde no PS, fazendo-lhe a vacinação; a vigilância do crescimento e desenvolvimento; a triagem para problemas de saúde; a rehidratação por via oral/RVO; a promoção do aleitamento materno; a reabilitação de base comunitária e o aconselhamento nutricional.

•**Vigilância à saúde e ao meio ambiente**

Actividades preventivas, incluindo a profilaxia das doenças evitáveis, e as promocionais da saúde dos indivíduos e do meio ambiental, constituem outra tarefa que deve ser implementado nos PS, englobando desde visita domiciliar a doentes, com aconselhamento e tratamento, a visita às escolas e estabelecimentos comerciais, ao controle dos pontos de abastecimento de água até à promoção de hábitos e comportamentos saudáveis.

•Cuidados permanentes de enfermagem

Os cuidados permanentes de enfermagem (actividades curativas) devem englobar o atendimento na urgência em regime de chamada, na consulta de casos novos, com prescrição ou triagem para consulta médica ou transferência e no seguimento de doentes com situações crónicas (Diabetes/Hipertensão arterial/Doença Mental/Tuberculose) devidamente orientados pelo esquemas terapêuticos e de supervisão.

Inclui, ainda, os tratamentos realizados pelos enfermeiros e demais pessoal: drenagem de acessos; suturas; curativos; injecções intramusculares e intravenosas; a rehidratação intravenosa e a vigilância de doentes em observação, incluindo a administração de medicamentos. A esterilização de material deve constar das tarefas rotineiras dos PS.

A extração dentária, que vem sendo feita em alguns PS mais por iniciativa de alguns enfermeiros, deverá passar a constar do pacote das urgências, como uma solução a um problema específico, mas enquadrado, o máximo possível, no programa de saúde buco-dentária.

Faz parte integrante do conteúdo funcional dos PS as actividades desenvolvidas durante as visitas itinerantes aos Postos – médica (periodicidade – quinzenal ou semanal) e da equipa de PMI/PF - que, gradualmente, devem assumir um papel de supervisão.

Igualmente as deslocações dos enfermeiros colocados nos PS aos PCS devem ser programadas com carácter obrigatório e serão regulares com um carácter de supervisão e apoio ao agente e prestação de cuidados à comunidade, para os casos de seguimento.

As actividades administrativas dos PS e de informação sanitária, com registo e tratamento das informações, são importantes para o seguimento e avaliação do desempenho desse tipo de estruturas pelo que é reforçar os mecanismos para o regular preenchimento de registos; elaboração de relatórios, recolha e **tratamento das estatísticas, incluindo o balancete de medicamentos**.

Equipamentos – tipo

(ver anexo)

Quadro de Pessoal

- Enfermeiro geral:
- Agente de luta contra vectores *
- Microscopista *
- Encarregada de limpeza

* Considerar as hipóteses de ou conversão desses agentes em agentes de luta contra endemias.

Posto de Saúde privados

A existência de alguns PS privados (Otôtô, da Igreja Apostólica em S. António; Empresa Bela Vista) e de outros pertences a instituições como o Quartel e a Penitenciária torna necessário definir como esses PS podem integrar o esquema da prestação dos serviços públicos de saúde, que complementaridade versus concorrência deve existir para a racionalização de recursos, que serviços devem ser prestados por essas estruturas.

3.10. POSTOS COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PCS)

São estruturas de saúde, de iniciativa das comunidades onde estão implementadas para «prestar cuidados básicos e elementares de saúde, e servir, sobretudo como farmácia comunitárias. Estarão a cargo dum 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» PNS).

Estrutura física

Os PCS, sendo uma estrutura sanitária pouco complexa, deverão, de preferência, obedecer a um modelo padronizado (a definir) e contar, no mínimo, com os seguintes espaços para uma intervenção básica:

- Uma sala para atendimento do ASC, e para apoiar as visitas itinerantes;
- Uma arrecadação:
- Um WC
- Sempre que possível os PCS deverão ter água canalizada/corrente e electricidade.

Critérios de elegibilidade dos PCS

- Vontade expressa pela comunidade em construir e manter o PCS;
- Disponibilidade de ASC na comunidade;
- Isolamento da comunidade com dificuldade de acesso ao PS da área;
- Os PCS deverão ser implantados em comunidades com até 1 000 habitantes, a partir do qual se deve começar a estudar soluções alternativas;
- A implantação dos PCS deve garantir que a população servida habite a uma distância de até $\frac{1}{2}$ hora de percurso.

Conteúdo funcional (Prestações)

Os postos Comunitários devem garantir um atendimento básico à população, quer pelo Agente de Saúde quer pelas visitas itinerantes de supervisão e intervenção do enfermeiro e da equipes do Centro de Saúde que devem deslocar-se com uma periodicidade regular.

Atendimento básico pelo ASC:

- Actividades assistenciais/triagem

Dirigidas ao indivíduo doente, para as situações mais correntes com prestação dos primeiros socorros e aplicação de esquemas terapêuticos ou triagem para as visitas itinerantes;

- Situações agudas: acesso febril; diarreia, tosse; parasitose intestinal; odontalgia; cefalalgia; dor abdominal; traumatismos; feridas incisas (limpeza, desinfecção e encaminhamento);
- Seguimento de situações crónicas mediante protocolos: tuberculose; lepra; asma; epilepsia; doenças mentais.

Para a realização dessas actividades deverão ser definidas as normas e procedimentos a serem observados nos PCS.

- Actividades preventivas e promocionais dirigidas a grupo-alvo, sobretudo nos componentes de mobilização e acompanhamento:

1. À mulher/mãe, criança, adolescente, família:

- Promoção do aleitamento materno;
- Vacinação (mobilização e seguimento do cartão);
- Vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças;
- Educação nutricional;
- Uso de sais de rehidratação oral;
- Aconselhamento;
- Visitas domiciliárias;
- Promoção do PF através da sensibilização, educação e mobilização;
- Educação sobre as IST/SIDA
- Distribuição e informação sobre o uso de preservativos;

2. À comunidade (meio ambiente)

- Promoção do uso de mosquiteiros impregnados;
- Visitas domiciliárias;
- Promoção da água potável;
- Promoção do saneamento do meio;
- Controle dos excretas e resíduos sólidos e líquidos (latrinas, deposição de lixos e excretas, destruição dos criadouros de mosquitos);
- Sensibilização, mobilização e educação.

- Actividades gestionárias

Participação nas actividades de planificação com as famílias e comunidades

- Registos
- Envio de dados
- Venda e distribuição de medicamentos e prestação de contas

Responsabilidades da Comunidade

- 1)Mobilizar apoios para a construção do posto;

2)Garantir o funcionamento do PCA, incluindo o ASC.

Responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde

- 1)Dar formação de base e garantir a actualização e reciclagem dos agentes;
- 2)Disponibilizar os medicamentos para uso dos PCS, a preço acessível;
- 3)Garantir visitas itinerantes

Realizadas para dar resposta às necessidades da população que não possam ser solucionadas pelo ASC. Estas visitas serão asseguradas por:

- a)Enfermeiro polivalente para realizar uma supervisão técnica, vacinação e todas as actividades do enfermeiro e não as que são atribuídas aos ASC;
- b)Médico, em função da acessibilidade geográfica, número da população, acompanhada, em princípio, de técnicos de farmácia para avitamento dos medicamentos;

Equipamentos – tipo

(ver anexo)

Quadro do pessoal

Os PCS funcionam com apenas um ACS voluntário. No entanto, preconiza-se que passe a haver uma maior ligação entre estes e outros agentes voluntários com actuação no seio da comunidade – parteiras tradicionais, socorristas, etc. – para se criar uma equipa voluntária de desenvolvimento local para uma maior rentabilização do trabalho comunitário e uma melhor utilização das instalações dos PCA.

Nota: as normas apresentadas acima servirão, sobretudo, para munir o Ministério da Saúde e Desporto de instrumentos que lhe permitem dar pareceres, o mais correcto possível, sobre os pedidos comunitários de construção de novos PCS no exercício da sua função reguladora.

Recomendações (PCS)

1.Aprofundar, nomeadamente com os programas nacionais, o papel dos agentes de saúde comunitário:

- a) Nas actividades de saúde reprodutiva
 - b) Perante um parto
 - c) Nas actividades IEC
 - d) No seguimento de doentes crónicos
2. Solicitar ao grupo temático de desenvolvimento de sector farmacêutico a actualização da lista de medicamentos essenciais para os PCS
 3. Definir que produtos afectar aos PCS e as normas de aprovisionamento
 4. Reflectir sobre as seguintes questões:
 - a) N.º de habitantes por PCS, com base nos resultados do inquérito

- b) Que solução para os PCS, que já atendem a uma população superior à definida pelos critérios
- c) Que fazer com os PCS que atendem a uma população abaixo da média e já assumidos?
- d) Que novos PCS e onde?
- e) Que actividades manter, melhorando o desempenho dessas estruturas?

5. NÍVEL CENTRAL

De âmbito nacional, representa o escalão mais centralizado de gestão e o mais diferenciado na prestação de cuidados de saúde, com predominância da atenção secundária, esta é dividida entre os níveis distrital e central.

1. Na linha da prestação de cuidados (essencialmente terciários, incluindo os prestados no exterior do país pelo processo de evacuação sanitária mas também secundários e primários para a população mais próxima) este nível corresponde ao Hospital Central (Geral).
2. Na linha de gestão, é suportado pelo Ministério da Saúde que, com as suas Direcções, é responsável pela formulação e desenvolvimento da política de saúde, da normalização e da planificação estratégica e da coordenação com outros sectores responsáveis pelo desenvolvimento da saúde:
 - A **Direcção dos Cuidados de Saúde (DCS)** – incluindo os Programas –assegura a gestão das actividades prestadoras de cuidados de saúde nos distritos. Falta, contudo, uma suficiente coordenação técnica, tanto das actividades desenvolvidas pelo HC como pelas instituições de saúde dos distritos, para garantir a qualidade e o desenvolvimento integrado dos vários tipos de cuidados coordenação técnica essa que deverá constituir a principal função dessa direcção.
 - A **Direcção do Plano, Administração e Finanças (DPAF)** assegura a gestão dos administrativos e dos recursos, excluindo a gestão dos medicamentos que está a cargo Do Departamento Farmacêutico, ligado à DCS.

O Centro Nacional de Endemias: criado pelo Decreto Lei 45/2008 é uma instituição que tem por objectivo organizar e coordenar a vigilância, a prevenção e a luta contra as doenças endémicas e as doenças de risco epidémico elevado assim como contra as doenças infecciosas com impacto sobre a saúde pública.Com vista ao cumprimento das suas atribuições o CNE tem as seguintes missões: Desenvolver e implementar uma capacidade de vigilância e de alerta; Difundir estratégias de acções preventivas; Reforçar a capacidade de diagnóstico dos estabelecimentos sanitários; Criar mecanismos de coordenação de todos os actores intervenientes sobre as doenças endémicas; Definir um quadro relacional de apoio às direcções distritais e de estratégias e planos operacionais; Difundir os resultados de investigação, prevenção, pesquisa, definição de estratégias e de controlo de todas as doenças endémicas; Participar nos comités de multisectoriais de luta contra as diferentes doenças; Desenvolver um sistema de promoção da mudança de comportamento.

- A **Direcção do Centro Hospitalar**, na medida em que têm autonomia administrativa financeira e patrimonial, faz a gestão dos recursos que lhe são afectos.

5.2.Nível Central de prestação – Hospital Central

O serviço hospitalar constitui um elemento do sistema de serviços de saúde que tem custos elevados pelo que uma política coerente de prestação de cuidados de saúde, a todos os níveis, deve promover a redução do número de doentes que precisam de hospitalização. Por isso há que apostar numa medicina integral (promocional, preventiva, curativa e reabilitativa) e na oferta de cuidados o mais próximo possível do domicílio, devendo o hospital geral integrar-se nesse sistema de oferta, responsabilizando-se pelos meios mais complexos e diferenciados de prestação de cuidados, servindo, portanto, como centro de referência dos serviços de saúde da respectiva área de abrangência.

O objectivo principal a atingir com um HC deverá ser a autonomia do país na prestação de todos os tipos de cuidados de saúde de natureza terciária. Contudo, porque esta vertente exige avultados investimentos em formação especializada, equipamentos de ponta e instalações apropriadas à aconselhável que essa instituição seja pensada de forma a que os meios e o pessoal sejam afectados de forma gradual e utilizados com o máximo de eficácia para justificar os pesados investimentos feitos.

No quadro de reformulação do sistema de saúde, a reorganização e adequação do HC à sua missão primeira constitui a tarefa primordial para dar maior peso aos cuidados terciários, os quais deverão constituir o objectivo principal de intervenção dum hospital desse nível.

Pelo Decreto-Lei n.º 34/95 foi criado o Centro Hospitalar de S. Tomé, constituído por duas unidades de saúde, os Hospitais Dr. Ayres de Menezes (HAM) e Dr. António Agostinho Neto (HAAN), com a finalidade de melhorar a assistência curativa que vinham sendo prestada no país. Com a desactivação deste, em 1997 o CHST passou a coincidir com o HAM que é, assim a única estrutura hospitalar do país capacitada para prestar os cuidados mais diferenciados.

O HAM deverá, progressivamente constituir-se numa unidade de saúde com um âmbito de intervenção nacional, vocacionada para, na procura da equidade, garantir, predominantemente cuidados terciários a toda a população, seja a da capital, seja a dos lugares mais afastados.

No entanto, por ser um hospital geral, presta cuidados de saúde que cabem nos três níveis de complexidade de atenção (primária, secundária e terciária) e é de se prever que continue a prestá-los. Contudo, as prestações primárias e secundária que vem tendo, devido a, originariamente, ter sido criado para servir a cidade de S. Tomé e, sobretudo devido à ausência de outras estruturas suficientemente capacitadas para atrair a população, deverão ser reduzidas, progressivamente, à medida que alternativas preconizadas no âmbito da Carta Sanitária, forem sendo desenvolvidas no distrito de Água Grande para responder a essas necessidades. Mas o HAM deve organizar-se duma forma particular para também prestar esses cuidados, tendo em conta a satisfação da demanda e uma melhor relação custo-benefício. Há uma população estimada em 9 500 habitantes, circunvizinha ao HAM

que tradicionalmente procura os cuidados de saúde nesse estabelecimento e que, dificilmente irá «desviar-se» para outras estruturas.

O HAM tem uma outra função essencial que é a de referência técnica hospitalar e de apoio às estruturas distritais, na base da complementaridade que deve existir dentro dos diversos escalões dos serviços de saúde. O reforço da capacidade de intervenção do nível distrital tem como repercussão, aumentar substancialmente a qualidade da atenção primária aí oferecida e, consequentemente, aliviar o peso dos cuidados primários e de boa parte dos secundários ambulatórios praticados no HAM, libertando recursos que serão canalizados para a prestação terciária.

Portanto, pode-se definir o Hospital Central, em S. Tomé e Príncipe, como uma unidade de saúde de âmbito nacional, vocacionada para prestar cuidados do nível terciário de complexidade (mas também primários e secundários), duma forma equânime e toda a população; servir de centro de referência técnica aos outros níveis e garantir uma relação melhor custo-benefício nos serviços prestados.

Dimensionamento/camas hospitalares

Recomenda-se que um hospital deste tipo não **deva ter menos que 200 camas**, sob o risco de não poder assegurar, convenientemente, serviços diferenciados ou então que seja dimensionando na base de 2 camas por mil habitantes. Presentemente o HAM tem em funcionado com 441 camas, lotação inferior a lotação oficial publicada em 1990. Torna-se, por isso, necessário definir a lotação destinada a cada tipo de especialidade que o HAM pode oferecer e, a título indicativo, se aponta os índices considerados em Portugal, na literatura consultada, para hospitais equiparáveis ao santomense: medicina (0,83 camas por mil habitantes) ; cirurgia (0,50); orto-traumatologia (0,40); ginecologia (0,12). Para outras especialidades como cardiologia, dermatologia, neurologia, pneumologia, urologia, o mesmo documento recomenda 0,18 camas por mil habitantes.

Já para os hospitais centrais portugueses (para 1 milhão ou mais de habitantes) manda-se calcular a dimensão das áreas de especialidades na base de 0,2 camas por mil habitantes.

Conteúdo funcional (Prestações)

Sendo uma unidade de saúde de natureza geral, o CHST deverá contar com um conjunto de valência médica e cirúrgicas, cuja definição deve ser baseada nas necessidades da população. Com base nisso deve-se definir, para cada especialidade, o quadro de pessoal, o espaço físico que lhe é destinado e o equipamento e material mínimo indispensável para uma prestação com qualidade.

Foram definidas como as principais grandes linhas de intervenção, na reforma que se preconiza para o HC Ayres de Menezes:

A) Prestação de assistência

O Hospital Central deve poder organizar as seguintes áreas de prestação de cuidados de saúde:

•Consulta Externa

(geral e de especialidade, com atendimento directo e por referência)

•Serviço de urgência

(cuidados de emergência, incluindo os cuidados especiais e intensivos a instalar)

•**Especialidades com serviço de internamento:**

- Medicina Interna

(Gastroenterologia, Cardiologia, Neurologia Clinica, Infecciology, Pneumologia, Alergologia, Dermatologia);

- Cirurgia (Geral, Maxilo-facial);

(suportando o internamento para Urologia; Oftamologia e Otorrinolaringologia, enquanto não houver dimensão para a autonomia do internamento dessas especialidades).

- Ortopedia e Traumatologia

(temporariamente incluindo no serviço de cirurgia, deve-se desenvolver como um dos serviços pilares do HAM).

- Obstetrícia e Ginecologia

- Pediatria/Neonatologia

- Psiquiatria e Psicologia Clínica

- Serviço de Hemoterapia (deve incluir o «Banco de Sangue» e a «Hemodiálise». O estudo de viabilidade deste serviço deverá indicar se será melhor a «Hemodiálise» ficar como um serviço autónomo, ou ligado a outro sector).

- Bloco operatório

(inclui o serviço de Anestesia, podendo estar constituir um único serviço com o de hematologia)

•**Especialidades sem serviço de internamento.**

- Estomatologia (uma alternativa é transferir a responsabilidade pelo serviço de estomatologia para o Distrito de Agua Grande)

- Medicina física e reabilitativa

•**Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica**

-Análise clínicas (laboratório central de referência: bacteriologia, parasitologia, micologia, bioquímica, exame cultural, virologia, serologia)

- Imagiologia

- Ecografia

- Electrocardiograma (ECG)

- Electroencefalograma (EEG)

- Endoscopia (digestiva, urológica, ginecológica, brônquica, outras)

- Farmácia

- Anatomia patológica

- Dietética

•**Colaboração prestada à medicina legal**

(Autópsias habitualmente realizadas pelos Delegados de Saúde nas instalações do HC).

A tutela dos aspectos que suportam a medicina legal deve ser remetida ao Ministério da Justiça, a quem efectivamente pertence).

B) Centro de referência hospitalar

A função do centro de referência deve ser desenvolvida como prestação obrigatória, com a definição clara dos mecanismos, esquemas e fluxos de referência e contra-referência, incluindo o seguimento da referência feita ao exterior do país – relatório médico e ligação com o nível central.

C) Prestação de apoio técnico e supervisão às outras do SNS:

O Hospital Central deverá organizar-se forma a apoiar de modo contínuo os centros de saúde distritais e este apoio traduzir-se-á em:

- Visitas regulares e programadas de especialistas (consulta, cirurgia programada, formação em serviço dos técnicos colocados nos (CS);
- Organização de estágios e ou de cursos em áreas específicas;
- Proposição de protocolos de terapêutica e de seguimento de situações específicas;
- Organização de serviços especializados;
- Supervisão;
- Contra-referência sistematizada etc...

D) Formação

- Participar na formação inicial de quadros (enfermeiros e outros técnicos) oferecendo o campo para actividades práticas;
- Formação contínua dos técnicos colocados nessa estrutura;
- Suporte à capacitação específica de técnicos a serem colocados nos distritos por forma a poderem responder em primeira mão às situações que ocorrem «em isolamento»);

E) Investigação biomédica e aplicada

- Como suporte ao desenvolvimento da investigação no país – protocolos terapêuticos e outros a serem aplicados no Hospital e nas restantes unidades de saúde do SNS;

F) Prestação de cuidados promocionais e preventivos

- Aos utentes dos serviços, no quadro da prestação integrada de cuidados de saúde;

G) Informação sanitária

- No quadro da reestruturação do SIS, constituindo um dos sub-sistemas deste;

H) Serviços de apoio,

(deverá assegurar o apoio às outras estruturas do país, por economia de escola);

- Central de esterilização
- Serviço de manutenção

- Serviço de Electromedicina (equipamentos eléctricos e electrónicos...)

- Manutenção dos materiais e edifícios
 - Armazém
 - Cozinha
 - Lavandaria
 - Morgue (ligado à Anatomia Patológica?)
 - Incineradora (como eliminar os lixos perigosos?)

Quadro de pessoal

(ver política de recursos humanos)

Equipamentos

Torna-se urgente a definição do equipamento básico para suportar as actividades hospitalares e definir uma política de aquisição e de manutenção.

Que equipamentos «ponta» instalar no HAM?

I) Administração

O HC Ayres de Menezes possui uma direcção autónoma, hierarquicamente dependente do Ministro, por questões funcionais, mas mantém uma relação horizontal privilegiada, de coordenação das prestações, com as outras direcções do Ministério da Saúde. O Director, órgão individual deve ter, fundamentalmente, um papel de coordenador de todas as actividades.

- Direcção Clínica

Pela função iminentemente prestadora de cuidados, esta direcção deve ter as suas funções reforçadas para assegurar a qualidade dos cuidados. Preconiza-se que seja uma direcção colectiva com mecanismos que obrigam a participação das direcções de todos os serviços do hospital.

- Direcção de Enfermagem

O HC é grandemente baseado no desempenho do conjunto de intervenções da área de enfermagem, exigindo a particularização da gestão desse sector.

- Comissões Técnicas

A prática das comissões permanentes ou criadas para analisar aspectos técnicos, permitirá aprofundar a análise das questões técnicas que interferem com o desempenho do hospital ao mesmo tempo que dá lugar a uma participação alargada do colectivo dos profissionais nas decisões importantes.

5.3. NÍVEL CENTRAL DE GESTÃO

A finalidade última de todo o sistema de serviços de saúde, incluindo o nível central de gestão, é contribuir para a prestação de cuidados de saúde por forma a responder às

necessidades de saúde da população. Para isso deve poder organizar serviços adequados e mobilizar os recursos indispensáveis para prover esses serviços.

A rede de estruturas, constituída pelos Postos, Centros de Saúde, MPI, Hospital Central, CNE, Programas (...) dão suporte às diversas prestações em níveis diferentes de complexidade dos serviços com a ressalva da insuficiente atropelo no cumprimento das funções principais de cada estrutura, com incursão dum escalão no outro.

Às estruturas e à direcção a nível do distrito, bem como ao HC compete a execução das actividades prestadoras de cuidados, em contacto directo com os utentes/beneficiários, seja os de atendimento aos doentes que procuram os serviços, seja os dirigidos aos problemas ou grupos-alvo específicos, organizados em programas nacionais e têm, fundamentalmente um papel operacional. Mas na medida em que têm que subsidiar o nível central com, nomeadamente as informações necessárias para a definição das estratégias, têm também um componente estratégico-normativo importante.

Aos programas e às Direcções Nacionais (de Cuidados de Saúde e a do Plano, Administração e Finanças) compete, em primeira instância, a definição das normas e aspectos estratégicos de implementação dos cuidados; a garantia da coordenação e da supervisão; a planificação estratégica, de mobilização e afectação de recursos, pelo que o seu papel é essencialmente estratégico-normativo. Deve, contudo, subsidiar as medidas de políticas e executar algumas actividades e, assim tem si componentes de natureza política e operacional.

O Ministro, com os seus órgãos de apoio, assessoria e aconselhamento, tem como principal papel o político-estratégico, de definição da política e coordenação geral para assegurar as prestações de cuidados de saúde e de relacionamento com os sectores afins.

A ausência de coordenação ou qualquer ultrapassagem dos limites, para além do permitido e estabelecido ou acordado pelo sistema, constitui uma interferência e pode perturbar o funcionamento de todo o sistema.

A reorganização que se propõe para o nível central será no sentido de se encontrar as melhores respostas para seguintes funções essenciais para os serviços de saúde ou seja como distribuir entre os órgãos de direcção as responsabilidades como:

- Definição de políticas e normas
- Prestações/actividades de saúde
- Supervisão
- Segmento avaliação
- Planificação estratégica
- Seguimento do PNDS
- Sistema de Informação sanitária
- Cooperação
- Estudos
- Mobilização e alocação de recursos
- Administração dos recursos materiais e financeiros
- Recursos humanos
- Formação (de abrangência nacional – organização)

Considera-se oportuno reagrupar as funções do nível central em quatro grandes áreas de responsabilidade a que corresponderiam as diversas direcções do nível central:

A – Coordenação técnica da prestação de cuidados de saúde

As actividades desenvolvida tanto pelo HC, Programas como pelas instituições de saúde dos distritos, para que possam melhor contribuírem para a resolução de cada um problema de saúde, devem fazer parte dum plano de intervenção onde cada nível desenvolve o conjunto específico da sua competência.

Essa coordenação é da competência do nível central pela definição de políticas e normas específicas de intervenção para cada situação, pela supervisão, seguimento e avaliação dos aspectos técnicos das prestações. As questões que precisam ser resolvidas são:

- a)Adequar as competências e relações funcionais e hierarquias da Direcção dos Cuidados de Saúde, Programas Nacionais, Centro Nacional de Endemias e Hospital Central, no sentido de se redefinir a responsabilidade e os mecanismos dessa coordenação.**

Habitualmente, os critérios administrativos pesam bastante na definição órgão centrais, bem mais do que os técnicos. Mesmo que, administrativamente ou seguindo a classificação da Função Pública, a Direcção do FC e do CNE (fundamentalmente prestadoras) sejam equiparadas à DCS, esta é uma direcção essencialmente necessariamente tem que superior hierárquico daquela. Se assim não for esvazia-se o conteúdo funcional da DCS, que fica mais pelos aspectos administrativos, competido com a Direcção específica.

O cenário recomendado será o de ligar, tecnicamente esses serviços à Direcção específica.

- b)A questão dos medicamentos deve ser encarada como uma prestação de cuidados de saúde**

«O medicamento» é na sua essência uma prestação de cuidados já que ele tem utilidade quando for disponibilizado ao doente que dele precisa.

No caso concreto de S. Tomé e Príncipe, com a transformação preconizada do FNM em Central de Abastecimento de Medicamentos, competindo-lhe as questões ligadas à gestão, e à descentralização dos recursos para as unidades de saúde, é prudente que as questões de garantia da sua disponibilidade, controlo de qualidade e fiscalização do seu uso sejam encaradas como prestação de cuidados.

Assim, o cenário recomendável é de inclusão dessa prestação na Direcção de Cuidados de Saúde

- c)Agrupar os actuais programas de saúde pública em áreas abrangentes para rentabilizar as intervenções.**

A procura permanente da eficácia na resolução dos problemas de saúde e da recionalidade na utilização dos recursos e serviços indica a necessidade de coordenação dos programas dos para garantir, dentro da orgânica da DCS, quatro grandes objectivos:

- Luta contra as doenças prioritárias - Paludismo, Sida, DST, Tuberculose, Doença Mental e Doença de Nutrição;
- Atenção direcionada a grupos- alvos da população – Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde Escolar, DDA e IRA;

- Informação Educação e Comunicação (IEC) comum e transversal em relação aos aspectos anteriores;
- Transformação das condicionantes ligadas ao meio ambiente – com influência igualmente aos dois grandes aspectos de luta.

B- assessoria ao Ministro para «pensar» o sistema descentralizado e gerir o PNDS

As funções de planificação estratégica; monitorização do PNDS, gestão do sistema de informação sanitária, acompanhamento das acções de cooperação e a coordenação dos estudos «pensamento estratégico» para desenvolvimento das intervenções nos vastos domínios, beneficiarão de forem desempenhadas por uma unidade técnica (órgão colectivo) que reúna «capacidades nacionais», com técnicos vindo necessariamente das direcções mas também outros para o aconselhar o Ministro no seu papel de coordenador político-estratégico de saúde e adequar a cada momento as intervenções.

O cenário defendido é o da criação, de imediato, dum Gabinete de Estudos, para fazer propostas, dar pareceres, apresentar cenários, analisar resultados, entre outras funções.

C – Administração dos recursos

As funções de administração dos recursos humanos, materiais e financeiros seja nas vertentes de mobilização e de alocação, tendo em conta o princípio da descentralização, devem competir a uma direcção para garantir que os recursos produzam atempadamente os serviços necessários para os problemas de saúde.

A proposição é o de ter uma Direcção de Administração liberta de outras funções para se dedicar à administração dos recursos.

D – Instituto de Ciências da Saúde Victor Sá Machado (ICSVSM)

A inexistência duma Universidade em S. Tomé e Príncipe que pudesse cuidar dos aspectos gerais de formação na área da saúde no país torna maior, para o sector saúde a expectativa em relação ao ICSVSM.

A sua reformulação dependerá das respostas a algumas questões fundamentais em termos de formação no país e passará pela criação de capacidades que permitirão que ela intervenha em todos os aspectos de formação que tenham lugar nas estruturas e serviços de saúde.

- Definir as necessidades de formação;
- Definir o leque de formações a fazer para abranger as necessidades definidas (Enfermagem, Laboratório, RX, Estatística, SIS, Saneamento, Saúde Pública, ...)
- Participar na formação dos médicos santomenses (formação de base e especializada)
- Participar nos vários tipos de formação (de base, contínua, especializada)

6.Cap. 3 - Perspectivas de desenvolvimento da rede sanitária de S. Tomé e Príncipe

Neste capítulo apresenta-se, de forma sintética, as proposições de ajustamentos a introduzir na rede de estruturas de saúde, procurando conjugar as características das estruturas, constatadas no terreno, com os conceitos teóricos despendidos nos critérios de operacionalização.

A actual rede de estruturas de saúde apresenta, na sua essência, dois grandes grupos de problemas:

1. Deficiências e ou insuficiências de organização e funcionamento, resultantes, sobretudo de inadequações na junção dos diversos recursos – humanos, materiais e financeiros;
2. Insuficiente/ inadequada oferta de serviços à população concentrada no Distrito de Água Grande com consequente sobrecarga e desvio das funções do Hospital Central;

Esses problemas requerem uma intervenção simultânea para o seu equacionamento e resolução, com vista à adequação de cada componente do sistema de serviços de saúde à sua missão.

Como ficou dito no capítulo anterior, a intervenção na infra-estrutura física produzirá efeito positivo na prestação de cuidados se fizer parte de soluções globais para a clarificação do papel, desempenho, relações e posição no sistema de cada tipo de estrutura.

Um dos aspectos importantes prende-se com o enquadramento legal, através da tomada de medidas legislativas necessárias, visando nomeadamente:

- A criação por via legal de cada estruturas de saúde do país, as existente e as que vierem a ser construídas;
- Aprovação e publicação do regulamento interno do Hospital Central e das outras estruturas de saúde;

A edificação de novas estruturas ou a transformação de outras deverá ser feita segundo um modelo-padrão, para o qual a administração deverá dispensar um esforço inicial de definição, tendo por base os conteúdos funcionais definidos nos ‘critérios de operacionalização’.

Tendo em conta a provável desactualização dos dados do Recenseamento de 2001 e a imprecisão de algumas informações recolhidas quanto ao movimento das deslocações das populações para as estruturas de saúde, optou-se por uma proposta de desenvolvimento da rede para um horizonte de 10-15 anos, devendo-se, contudo, reavaliar a situação demográfica com os dados do novo Censo, e as alterações a introduzir no funcionamento da nova rede.

É importante ter presente que não se pode definir com precisão alterações na rede, sem que sejam introduzidas correcções, por vezes marcantes, no funcionamento das estruturas existentes.

É, igualmente importante, para a melhoria do funcionamento das estruturas, que seja retomada, com dinamismo, a estratégia móvel de prestações de cuidados, sobretudo dirigida para populações dispersas e de difícil acesso.

As propostas que são apresentadas a seguir, por distrito, são fundamentalmente para a consolidação das estruturas existentes. Ressalva-se o caso de Agua Grande onde se preconiza uma intervenção importante em novas estruturas.

No global, preconiza-se, em relação aos Postos de Saúde:

- A criação de 2 novos PS;
- A construção de 4 edifícios de PS para substituir actuais infra-estruturas;
- A remodelação/ ampliação de 2 PS;

Em relação aos Centros de Saúde:

- A construção de 2 edifícios de CS para substituir actuais infra-estruturas;
- A transformação de 3 PS em CS, dois numa primeira fase e carecendo o terceiro duma re-análise da solução após introdução de melhorias no seu funcionamento;
- A criação de 3 outros CS ‘urbanos’;
- A remodelação/ ampliação de 4 CS;

Em relação ao Hospital Central

- A reabilitação das enfermarias Homem e Mulher
- Estudo da viabilidade de construção dum novo edifício para o HC.

Analisando a distribuição da intervenção, a situação em cada distrito é a seguinte:

6.1. Distrito de Água Grande

É nesse distrito que se preconiza a maior intervenção na rede, através do desenvolvimento duma estratégia de “Saúde Urbana” por forma a que, gradualmente, se crie “um anel sanitário” constituído por Centros de Saúde.

Nesse sentido recomenda-se:

- A transformação dos PS de Pantufo e Praia Gamboa e Vila Fernanda em Centro de Saúde;
- A adaptação das instalações da Delegacia de Saúde;
- A construção de novos CS em Riboque, Madre de Deus e Agua Arroz.

Recomenda-se, ainda o estudo e implementação dum plano director da assistência hospitalar, tendo em atenção a referência nacional. Para isso a intervenção no Hospital Central deve ser em dois sentidos:

- Reabilitação das enfermarias Homem e Mulher.
- Estudo da viabilidade económica e funcional da construção dum novo edifício para o hospital;

6.2. Distrito de Cantagalo

Este distrito apresenta boa cobertura da sua população, ressalvando o caso de Picão (522 hab.) pelo que a intervenção é no sentido da consolidação da rede sanitária, através de:

- Conclusão do edifício para albergar o CS Santana, incluindo o PMI;
- Construção dum edifício para o PS de Água Izé
- Manutenção no PS de Cecília

6.3. Distrito de Caué

Este distrito apresenta boa cobertura da sua população, pelo que a intervenção é no sentido da consolidação da rede sanitária, através de:

- Melhoria da prestação dos cuidados no CS Angolares
- Melhoria da Estratégia Móvel

6.4. Distrito de Lembá

Mantém-se a rede existente, recomendando-se, pela além da manutenção da estruturas de saúde, ligeiras adaptações no actual edifício do CS de Neves ao novo conteúdo funcional.

6.5. Distrito de Lobata

Também este distrito apresenta uma boa cobertura da sua população, precisando de intervenções nalgumas das suas estruturas.

Recomenda-se:

- Reabilitação do PS de Micoló
- Reabilitação do PS Praia das Conchas

6.6. Distrito de Mé-Zochi

Trata-se do 2º distrito que exige uma intervenção de vulto na sua rede de estruturas de saúde. Recomenda-se:

- Construção dum novo edifício para o CS de Trindade
- Construção de 1edifício para substituir o actual PS de Milagrosa.
- Criação do PS de San Fenícia
- Reforço do funcionamento do PS de Bom-Bom tendo em vista sua posterior transformação em CS

6.7. Região Autónoma do Príncipe

A intervenção preconizada para o Príncipe visa uma solução particular para a estrutura de Santo António - **Hospital M.^{el} Quaresma Dias da Graça** – que deverá ser objecto duma

ampliação para reforçar a sua unidade hospitalar e ao mesmo tempo para as funções de CS, incluindo o PMI.

Preconiza-se, como fundamental a implementação duma estratégia móvel para melhorar o atendimento das comunidades para além de S.to António.

