

Análise da Disponibilidade e Prontidão de Estruturas Sanitárias com Capacidade de Internamento em Duas Regiões da Guiné-Bissau



Availability and Readiness Assessment of Facilities with Hospital Admission Capacity in Two Regions of Guinea-Bissau

André BEJA¹, Van Hanegem Menezes MOREIRA², Augusta BIAI³, Agostinho N'DUMBÁ⁴, Clotilde NEVES⁵, Paulo FERRINHO¹

Acta Med Port 2020 Feb;33(2):101-108 • <https://doi.org/10.20344/amp.11178>

RESUMO

Introdução: As debilidades do sistema de saúde da Guiné-Bissau estão há muito sinalizadas. O objetivo deste estudo é contribuir com evidência para tomada de decisão sobre a reforma do mapa sanitário do país, pela análise à disponibilidade e prontidão de serviços das estruturas sanitárias que poderiam vir a integrar um complexo hospitalar em Bissau, como proposto no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2018-2022).

Material e Métodos: Analisámos 13 estruturas sanitárias (públicas e privadas) com internamento, situadas nas regiões de Bissau e Biombo. Para recolha, tratamento e análise de dados foram utilizadas ferramentas do *Service Availability and Readiness Assessment* (SARA).

Resultados: Obtivemos uma visão abrangente destas estruturas, descrevendo a sua capacidade genérica para disponibilizarem cuidados e a prontidão para operacionalizarem serviços de diagnóstico, planeamento familiar, saúde materna, infantil e adolescente, obstetrícia, doenças transmissíveis e não transmissíveis, cirurgia e transfusão de sangue. Observou-se maior concentração de camas e meios humanos nas estruturas do setor público, o único que disponibiliza todos os serviços específicos analisados. Os serviços do setor convencionado apresentam maiores níveis de prontidão e os do setor privado lucrativo uma menor capacidade operacional.

Discussão: Os resultados refletem a carência de equipamentos, infraestruturas e recursos, predominância do setor público e crescimento dos setores privado lucrativo e convencionado, bem como insuficiências no planeamento e regulação. Identificámos semelhanças e diferenças entre os nossos achados e os descritos na literatura para outros países africanos.

Conclusão: Este estudo reforça a pertinência de desenvolver respostas integradas e racionais dos serviços de saúde e fornece evidência para tal.

Palavras-chave: Admissão de Doentes; Guiné-Bissau; Hospitalização; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The weaknesses of Guinea-Bissau's health system have long been highlighted. The purpose of this study is to contribute with evidence for decision-making on the reform of the country's healthcare map, by analyzing the availability and readiness of services at the facilities that may become part of a Hospital Complex in Bissau, proposed in the National Health Development Plan.

Material and Methods: We analyzed 13 public and private facilities with inpatient capacity, located in Bissau and Biombo. Service Availability and Readiness Assessment (SARA) tools were used for data collection, treatment and analysis.

Results: A comprehensive overview of these facilities has been provided, describing their general capacity to provide care and their readiness to implement it, along with the availability and readiness of specific services: diagnosis, family planning, mother and child health, obstetrics, communicable and non communicable diseases, blood transfusion and surgery. We observed a greater concentration of beds and professionals in the facilities of public sector, the only that provides all the specific services analyzed. Private sector services with agreements to supply the public sector have higher readiness levels and the private sector has the lowest operating capacity.

Discussion: Findings reflect the lack of equipment, infrastructure and resources, the predominance of the public sector and the growth of the private for-profit and non-profit sectors, as well as inadequacies in planning and regulation. Similarities and differences between our findings and those described in the literature for other African countries are identified.

Conclusion: This study reinforces the relevance of developing integrated and rational responses of health services and provides evidence for this.

Keywords: Guinea-Bissau; Health Services Needs and Demand; Hospitalization; Patient Admission

INTRODUÇÃO

A República da Guiné-Bissau (RGB) é um dos países de política e social, fatores que contribuem para a fragilidade mais pobres do mundo e é assolada por grande instabilidade do Estado¹ e do sistema de saúde.^{2,3}

1. Global Health and Tropical Medicine/Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Direção-Geral de Administração do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde Pública. Bissau. Guiné-Bissau.

3. Ministério da Saúde Pública. Bissau. Guiné-Bissau.

4. Direção Geral de Planeamento e Políticas de Saúde. Ministério da Saúde Pública. Bissau. Guiné-Bissau.

5. Inspeção Geral da Administração da Saúde. Ministério da Saúde Pública. Bissau. Guiné-Bissau.

✉ Autor correspondente: André Beja. andre.beja@ihmt.unl.pt

Recebido: 16 de agosto de 2018 - Aceite: 23 de maio de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020



As debilidades do sistema de saúde estão há muito sinalizadas, nomeadamente ao nível do mapa sanitário, que integra estruturas sanitárias (ES), do setor público, com dependência direta do estado, do setor convencionado, que integra ES geridas por entidades privadas sem fins lucrativos - religiosas e organizações não-governamentais (ONG) - e do setor privado com fins lucrativos.^{1,3,4}

Para enfrentar estas carências, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018 - 2022 (PNDS III), enquanto documento estratégico para o setor da saúde, preconiza a reforma do mapa sanitário, através de uma correta reorganização das ES dos diferentes níveis de referência.³ Propõe que seja equacionada uma abordagem integrada à oferta de serviços hospitalares no Setor Autónomo de Bissau e Região Sanitária de Biombo, regiões que concentram, em cerca 2,6% do território, perto de 1/3 da população da RGB,⁵ bem como parte considerável dos profissionais de saúde, camas hospitalares e toda a oferta de cuidados diferenciados do país.³ Tal abordagem passaria pela criação do Complexo Hospitalar de Bissau que concentrasse os recursos e a capacidade instalada nos centros nacionais de referência hospitalar, aliando-os às possibilidades oferecidas por um conjunto de equipamentos que, por iniciativa pública ou privada, foram surgindo à margem de qualquer estratégia de desenvolvimento da rede de prestação de cuidados.³

A falta de informação atual e confiável sobre a rede sanitária limita a capacidade de 'planificação da sua expansão/reconversão e estruturação'.³ Este estudo de 2017 tem por objetivo contribuir com evidência para a tomada de decisão sobre a reforma do mapa sanitário da RGB proposta no PNDS III, nomeadamente pela análise à disponibilidade e prontidão de serviços das ES que poderão vir a integrar o Complexo Hospitalar de Bissau.

MATERIAL E MÉTODOS

A análise de disponibilidade e prontidão de serviços realizou-se através de um estudo observacional descritivo e transversal, conduzido com recurso ao *Service Availability and Readiness Assessment* (SARA), ferramenta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que permite analisar a existência de ES e os serviços específicos que oferecem (disponibilidade), bem como a sua capacidade para operacionalizar a prestação dos cuidados (prontidão), permitindo monitorizar serviços de saúde de forma rápida, regular e padronizada e produzir evidência essencial aos processos de tomada de decisão.⁶⁻⁸

O SARA parte de uma lista de ES fornecida pelas autoridades de saúde. Além de orientações metodológicas, é disponibilizado um formulário padrão e ferramentas para criação de uma base de dados (*software*: CPro 7.0) e de apoio à análise - *SARA Chartbook* (*Microsoft Excel*). O formulário permite obter dados para estimar indicadores utilizados para compor índices de disponibilidade e prontidão de serviços: médias para cada ES ou para serviços específicos.^{6,7}

A disponibilidade geral está relacionada com a existên-

cia de ES. Para calcular os índices de disponibilidade geral de serviços são utilizados indicadores de infraestrutura, de recursos humanos e de utilização dos serviços. A prontidão geral de serviços reflete a capacidade genérica destas ES para a prestação de serviços. O índice de prontidão geral corresponde à média da disponibilidade dos elementos necessários para operacionalizar a prestação de cuidados, que se dividem em equipamentos básicos, precauções padrão controle de infeção, comodidades básicas, capacidade de diagnóstico e medicamentos básicos.^{6,7}

A disponibilidade de serviços específicos analisa a existência de serviços de planeamento familiar, saúde materna, infantil e do adolescente, obstetrícia, doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, cirurgia, transfusão de sangue e de diagnóstico. A prontidão de serviços específicos reflete a capacidade para prestar estes serviços específicos e é expressa por índices compostos a partir de um conjunto de indicadores de referência.^{6,7}

Estruturas sanitárias analisadas

Neste estudo foram incluídos 13 ES selecionadas a partir de uma listagem de 35 ES situadas no Setor Autónomo de Bissau e Região Sanitária de Biombo, fornecida pela Inspeção Geral das Atividades de Saúde da Guiné-Bissau. O critério de seleção foi o de serem ES com condições para internamento.

Recolha e tratamento de dados

Foi utilizada a versão original do formulário SARA, em língua francesa. Os dados foram registados em suporte de papel por duas equipas de entrevistadores, que se deslocaram a todas as ES (abril 2017). Os entrevistadores participaram numa sessão de esclarecimento e treino, que incluiu simulação do preenchimento do formulário.

Os dados foram inseridos na base de dados do SARA. Durante o processo de revisão e validação foram detetadas falhas de preenchimento e omissão de respostas passíveis de inviabilizar e distorcer os resultados, pelo que foi enviada uma terceira equipa a todas as ES para recolha complementar de dados (novembro/dezembro 2017). A preparação e trabalho de campo desta equipa seguiram os procedimentos da primeira recolha.

Com base nos *outputs* gerados através do SARA *Chartbook* (versão adaptada para português), procedemos à análise descritiva da disponibilidade e prontidão geral e específica dos serviços das ES selecionadas. Procurámos observar diferenças e semelhanças entre ES do setor público, do setor privado lucrativo e do setor convencionado (geridas por entidades religiosas ou por ONG).

Os dados foram recolhidos ao abrigo de um projeto de planeamento desenvolvido pela OMS e Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, que autorizou o trabalho. Dada a natureza do estudo e não se antecipando recolha de informação sensível ou passível de colocar em causa quaisquer direitos de utentes, profissionais ou gestores dos serviços, não se considerou necessária autorização do comité de ética. Os informantes assinaram um termo de consentimento

informado, tendo o estudo decorrido conforme previsto.

RESULTADOS

As 13 ES consideradas estão distribuídas por três tipos de entidades gestoras: três (23%) pertencem ao setor público (Hospital Nacional Simão Mendes, Hospital Raul Follereau, Hospital Militar Principal “Sino Guineense”), cinco (38%) ao setor privado com fins lucrativos (Clínica Ganafa, Clínica Médica de St. Ambrósio, Clínica Madrugada, Clínica Korle, Clínica Yankuanke) e cinco ao setor convencionado, sendo três (23%) geridas por entidades religiosas/confessionais (Centro Materno-Infantil Quinhamel, Hospital de Cumura, Hospital Pediátrico de Bôr) e duas (15%) por ONG (Associação Casa Emanuel e Fundação Renato Grandi).

Quanto à tipologia destas ES, sete são hospitais de referência nacional ou estruturas que disponibilizam uma resposta equivalente (54%) - três do setor público e quatro do setor convencionado (duas geridas por ONG e duas por entidades religiosas) -, um Centro Materno-Infantil (8%) - e cinco clínicas (38%), a designação genérica dada a ES de menor dimensão, pertencentes ao setor privado lucrativo.

Disponibilidade geral de serviços

Considerando a indisponibilidade de dados relativos à população que utiliza estas ES e à procura de serviços, não foram calculados índices de disponibilidade geral de serviços. Os dados recolhidos permitem, no entanto, caracterizar as ES quanto ao número de camas e recursos

humanos disponíveis.

Foram identificados 656 trabalhadores de saúde, não tendo sido reportados dados relativos ao número de enfermeiros, parteiros e técnicos de laboratório numa das ES (Tabela 1). As ES do setor público empregam 77,4% destes trabalhadores, desconhecendo-se o número daqueles que desempenham funções em mais do que uma ES.

Foram contabilizadas 1397 camas, 316 (23%) das quais de maternidade. As ES do setor público disponibilizam 73,6% do total de camas (1028), seguindo-se as ES geridas por entidades religiosas, com 12,2% (185). Em termos absolutos, a menor oferta é garantida pelas ES geridas por ONG (4,7%), verificando-se, no entanto, que o número médio de camas por ES é maior nestas (33 por ES) do que nas ES privadas com fins lucrativos (24 por ES). A oferta de camas de maternidade está concentrada nas três ES públicas - 243 camas (79,9%); seguem-se as ES geridas por ONG - 28 camas (8,9%) em duas ES; as ES privadas com fins lucrativos - 26 camas (8,2%) em três ES (60%); e as geridas por entidades religiosas - 19 camas (6%) numa ES (33,3%). O rácio de RH por cama reflete uma distribuição desfavorável de médicos pelas ES do setor público (Tabela 2).

Prontidão geral de serviços

O índice de prontidão geral dos serviços é de 64%, verificando-se que, em média, cada ES dispõe de cinco dos seis equipamentos básicos de referência (86%); de sete

Tabela 1 – Recursos Humanos reportados, por entidade gestora (n = 13)

Unidades	Todas as unidades (n = 13)		Público (n = 3)		ONG (n = 2)		Privado lucrativo (n = 5)		Religioso (n = 3)	
	Total ⁽¹⁾	Tempo parcial	Total ⁽¹⁾	Tempo parcial	Total ⁽¹⁾	Tempo parcial	Total ⁽¹⁾	Tempo parcial	Total ⁽¹⁾	Tempo parcial
Médicos generalistas	112	23	68	0	4	0	23	17	17	6
Médicos especialistas	28	9	17	0	3	2	2	1	6	6
Outros clínicos ⁽²⁾	29		20		1		3		5	
Pessoal de enfermagem ⁽³⁾	375 [†]		322		5		24		24 [†]	
Parteiras/os	47 [†]		36		10		1		0 [†]	
Farmacêuticos ⁽⁴⁾	13		9		2		1		1	
Técnicos de laboratório ⁽⁴⁾	52 [†]		36		4		10		2 [†]	
TOTAL	656[†]	31	508	0	29	2	64	18	55[†]	12

[†] Não foi possível obter dados numa estrutura sanitária.

⁽¹⁾ Número total de médicos inclui profissionais a tempo parcial; ⁽²⁾ Psicólogos, Assistentes, Técnicos Superiores da área da saúde; ⁽³⁾ Licenciados e bacharéis; ⁽⁴⁾ Licenciados e técnicos

Tabela 2 – Recursos Humanos por cama, por entidade gestora

Unidades	Total (n = 13)		Público (n = 3)		ONG (n = 2)		Privado lucrativo (n = 5)		Religioso (n = 3)	
	1397 camas		1028 camas		66 camas		118 camas		185 camas	
Recursos humanos	RH	Rácio RH/cama	RH	Rácio RH/cama	RH	Rácio RH/cama	RH	Rácio RH/cama	RH	Rácio RH/cama
Médicos ⁽¹⁾	140	0,1	85	0,08	7	0,11	25	0,21	23	0,12
Pessoal de enfermagem e parteiros ⁽²⁾	422 [†]	0,3	358	0,35	15	0,23	25	0,21	24 [†]	0,13

[†] Uma das estruturas sanitárias não reportou dados.

⁽¹⁾ Médicos a tempo total e parcial; ⁽²⁾ Licenciados e bacharéis

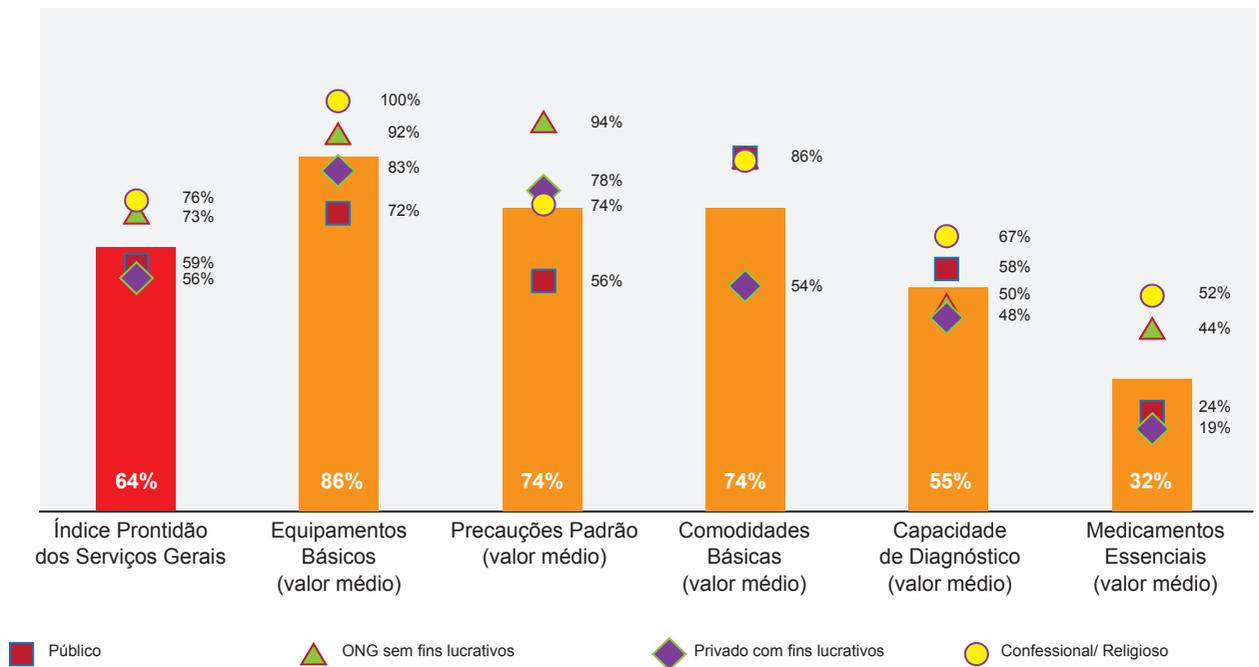


Figura 1 – Índice de prontidão geral de serviços e média de disponibilidade nos diferentes domínios, por entidade gestora (n = 13)

das nove precauções padrão para prevenção de infeção (74%); de cinco das sete comodidades básicas (74%); de quatro dos oito indicadores de referência para capacidade de diagnóstico (55%); e de oito dos 24 medicamentos básicos de referência (32%). A Fig. 1 apresenta os valores de prontidão geral de serviços do conjunto das ES e por entidade gestora, bem como o valor médio dos domínios que compõem o índice.

Disponibilidade de serviços específicos

Todos os serviços estão disponíveis no conjunto das 13 ES de saúde (Tabela 3). O índice de disponibilidade varia entre 15% (serviços de diagnóstico do cancro cervical) e 85% (serviços de saúde infantil, serviços de malária e serviços de tratamento de infeções sexualmente transmissíveis - IST). Só o setor público disponibiliza os 23 serviços. As ES geridas por ONG disponibilizam 18 serviços (78%), as geridas por entidades religiosas disponibilizam 20 (87%) e as ES do setor privado com fins lucrativos disponibilizam 20 (87%).

Disponibilidade de meios de diagnóstico

O SARA só prevê análise de disponibilidade de meios de diagnóstico em estruturas hospitalares, pelo que os dados sobre meios de diagnóstico que apresentamos são referentes a sete das 13 ES estudadas (ficam de fora o Centro Materno Infantil e as clínicas).

A disponibilidade de meios de diagnóstico laboratorial nestas sete ES é de 38%, ou seja, cada uma delas possui, em média, cinco dos 12 exames de referência. As ES geridas por ONG e entidades religiosas têm uma disponibilidade similar (seis exames em 12), registando-se menos disponibilidade nas ES do setor público (quatro em 12) (Tabela 3).

A média de disponibilidade de meios avançados de diagnóstico é calculada pela análise da existência de quatro equipamentos de referência (radiografia, ecografia, tomografia axial computadorizada e eletrocardiograma), tendo estes de estar em funcionamento. Verificámos, nestas sete ES, uma disponibilidade de 54%, ou seja, dois dos quatro equipamentos (valor médio), não existindo diferenças significativas entre as ES do setor público, geridas por ONG e por entidades religiosas.

Disponibilidade de medicamentos essenciais (por grupo de patologias)

Analisámos a disponibilidade de medicamentos essenciais para quatro grupos de patologias (Fig. 2) e verificámos que, no conjunto das ES, há uma baixa disponibilidade de fármacos para doenças infecciosas (43%), doenças não transmissíveis (31%), cuidados paliativos (22%) e saúde mental/neurologia (8%).

Prontidão de serviços específicos

Calculámos a prontidão das ES em operacionalizar a oferta de 21 serviços nas áreas de planeamento familiar, saúde materna, infantil e do adolescente, serviços básicos e avançados de obstetrícia, serviços dirigidos a doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, serviços de transfusão de sangue e serviços de cirurgia básica e geral (Tabela 4).

No conjunto das 13 ES existem 12 serviços (57%) com índice de prontidão igual ou superior a 50% e nove serviços com índice inferior a 50%. Os serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose são os que apresentam maior prontidão, sendo os únicos cujo índice se situa acima de 75%. Os serviços de saúde dos adolescentes apresentam menor prontidão, sendo os únicos cujo índice se situa

Tabela 3 – Disponibilidade de serviços específicos por entidades gestora

Disponibilidade serviços específicos	Total das unidades sanitárias	Entidade gestora			
		Público	ONG	Privado lucrativo	Religioso
Hospitais e outras unidades com internamento	n = 13	n = 3	n = 2	n = 5	n = 3
Planeamento Familiar, Saúde Materna, Infantil e do Adolescente, Obstetrícia					
Planeamento familiar	38%	33%	50%	60%	0%
Saúde pré-natal	46%	33%	50%	40%	67%
Serviços básicos de obstetrícia	54%	67%	50%	40%	67%
Serviços avançados de obstetrícia (disponibilizam cesariana)	38%	67%	50%	20%	33%
Imunização infantil	23%	67%	0%	0%	33%
Saúde infantil	85%	100%	100%	60%	100%
Saúde do adolescente	38%	33%	0%	40%	0%
Doenças transmissíveis					
Malária	85%	67%	100%	100%	67%
Tuberculose	23%	67%	0%	0%	33%
Aconselhamento e despistagem de VIH	62%	100%	50%	20%	100%
Assistência e suporte a utentes com VIH/SIDA	54%	100%	50%	20%	67%
Tratamento com TARV	54%	100%	50%	20%	67%
Prevenção da transmissão mãe-filho	46%	67%	50%	20%	67%
Infeções sexualmente transmissíveis	85%	67%	50%	100%	100%
Doenças não transmissíveis					
Diagnóstico e acompanhamento de diabetes	77%	67%	100%	80%	67%
Diagnóstico e acompanhamento de doença cardiovascular	62%	67%	100%	60%	33%
Diagnóstico e acompanhamento de doença respiratória crónica	69%	67%	100%	60%	67%
Diagnóstico de cancro cervical	15%	33%	0%	20%	0%
Serviço de sangue	54%	100%	0%	40%	67%
Cirurgia básica	77%	67%	50%	100%	67%
Só hospitais	n = 7	n = 3	n = 1	n = 0	n = 3
Cirurgia geral	71%	67%	100%		67%
Meios de diagnóstico					
Diagnóstico laboratorial	38%	31%	50%		42%
Meios avançados (Imagiologia e ECG)	54%	58%	50%		50%

abaixo de 25%.

Por entidade gestora, verificámos que 81% dos serviços (13 em 16) prestados em ES geridas por ONG apresentam índices de prontidão igual ou superior a 50%, sendo este igual ou superior a 75% em cinco deles (31%). Nas ES geridas por entidades religiosas, 78% dos serviços (14 em 18) apresenta índice de prontidão igual ou superior a 50%, sendo igual ou superior a 75% em seis delas (33%). No setor público, 72% dos 21 serviços apresentam índices de prontidão igual ou superior a 50%, sendo igual ou superior a 75% em quatro deles (19%). Nas ES privadas com fins lucrativos, apenas 17% dos serviços (três em 18) apresentam índices de prontidão igual ou superior a 50%, não sendo nunca igual ou superior a 75%. Os únicos serviços que apresentam prontidão inferior a 25% são prestados no setor privado com fins lucrativos (três em 16, 17%).

DISCUSSÃO

A atenção dirigida às infraestruturas e equipamentos de saúde tem vindo a ganhar relevância nas estratégias de desenvolvimento e para alcançar os objetivos de cobertura universal.⁸ Na África subsariana, a reforma dos sistemas de saúde também passa pela capacitação da resposta hospitalar, havendo necessidade de monitorizar e reunir evidência sobre a capacidade instalada e operacionalidade dos serviços existentes.⁸⁻¹¹

Com recurso às ferramentas do SARA, foram recolhidos e analisados dados para caracterizar as ES que poderão vir a integrar o Complexo Hospitalar em Bissau. O SARA é um instrumento que tem vindo a ser utilizado em estudos conduzidos em países de baixa renda,¹²⁻¹⁵ sendo esta a primeira vez que foi implementado na RGB. Além de uma análise padronizada para suportar uma tomada de decisão, esta opção metodológica permitiu constituir um

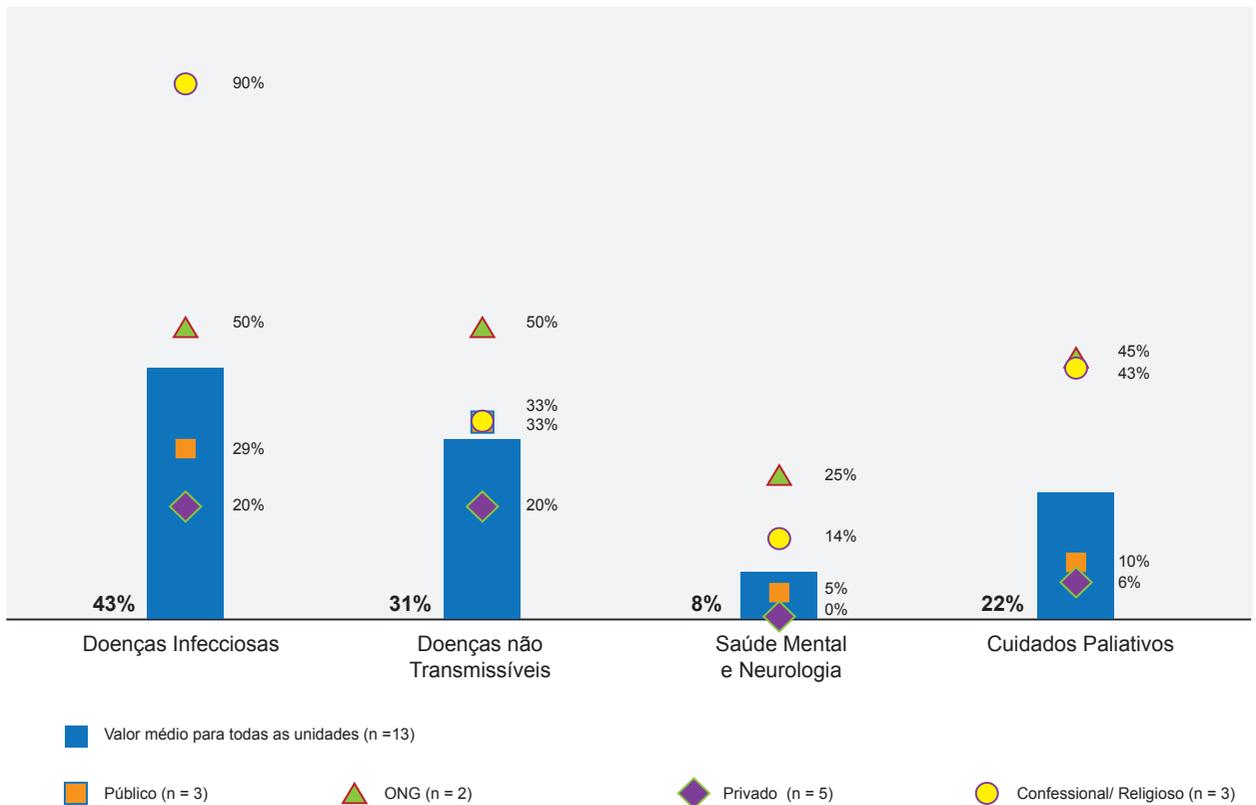


Figura 2 – Valor médio de disponibilidade de medicamentos essenciais por grupos de patologia nas diferentes entidades gestoras

acervo que poderá servir em trabalhos futuros.⁹

Os objetivos e características deste estudo – visando a descrição geral das ES com internamento de determinada região - permitem comparação com resultados de outros estudos sobre a rede hospitalar em países de África.^{9,10,12,13}

Relativamente à disponibilidade de serviços (geral e específica), o setor público sobressai neste conjunto, pois apresenta maior número de camas e de profissionais de saúde (número absoluto), sendo o único setor a garantir oferta de todos os serviços específicos em análise, dados que ilustram o maior peso deste setor no conjunto do sistema de saúde da RGB.^{3,16}

Como verificado para outros países africanos (Burkina Faso, Serra Leoa, Tanzânia ou Zâmbia) o índice de prontidão geral de serviços é afetado negativamente pela menor disponibilidade de medicamentos básicos e de capacidade de diagnóstico.⁹ As instituições do setor convencionado são as que apresentam maior disponibilidade de fármacos (todas as categorias), facto que, não sendo explicado pelos resultados, poderá estar relacionado com a disponibilidade financeira para aquisição e acesso a redes de fornecimento, bem como maior capacidade de armazenamento e gestão de *stock*,^{8,17} áreas em que o setor público padece de debilidades.^{3,16}

De uma forma geral, as ES do setor convencionado apresentam maior prontidão (geral e específica). As ES do setor privado são as únicas com serviços que apresentam prontidão inferior a 25%. Estas diferenças na prontidão de serviços específicos ilustram um setor privado (com e sem fins lucrativos) pontuado por realidades distintas, e por

vezes contrárias, e dificuldades de regulação e planeamento do sistema de saúde comuns a outros países de baixa renda,^{3,18} que deverão ser consideradas no processo de reforma do mapa sanitário, de forma a garantir uma integração funcional das ES que maximize a prontidão.¹⁹

Não sendo objetivo do SARA fazer avaliação da qualidade dos serviços, uma leitura conjunta de alguns dados relativos a disponibilidade e prontidão permite identificar situações em que há elevada disponibilidade mas capacidade limitada para operacionalizar a oferta de serviços, o que poderá ter implicações diretas na qualidade, equidade e segurança dos cuidados de saúde e na produtividade.²⁰ São disto exemplo os serviços de diagnóstico e tratamento de IST disponibilizados na totalidade das nas ES privadas ou, nas ES do setor público, a elevada disponibilidade e baixa prontidão dos serviços de transfusão de sangue ou dos serviços de saúde infantil, serviços que, tal como outros, veem a sua operacionalidade limitada pela falta de consumíveis e insumos, equipamentos e profissionais especializados.^{3,16}

Tal como noutros países da região,⁹ verifica-se elevada disponibilidade de serviços de malária (85%). No que respeita à operacionalidade destes serviços, a prontidão média é de 30%, não existindo entre as entidades gestoras nenhum subgrupo com prontidão superior a 44%, dados que vão ao encontro da necessidade de melhorar o dispositivo de diagnóstico e resposta àquela que continua a ser uma das maiores causas de internamento e de mortalidade do país, especialmente entre as crianças.^{3,16}

No caso dos serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose, há baixa disponibilidade (23%) mas prontidão

Tabela 4 – Prontidão de serviços específicos por entidades gestora

Prontidão de serviços específicos	Total das unidades		Entidade gestora							
			Público		ONG		Privado lucrativo		Religioso	
	n	PRONT	n	PRONT	n	PRONT	n	PRONT	n	PRONT
Planeamento Familiar, Saúde Materna, Infantil e do Adolescente, Obstetrícia										
Planeamento familiar	5	50%	1	75%	1	63%	3	38%	0	(1)
Saúde pré-natal	6	50%	1	64%	1	45%	2	27%	2	68%
Serviços básicos de obstetrícia	7	63%	2	66%	1	72%	2	38%	2	80%
Serviços avançados de obstetrícia (disponibilizam cesariana)	5	51%	2	53%	1	65%	1	51%	1	60%
Imunização infantil	3	54%	2	56%	0	(1)	0	(1)	1	50%
Saúde infantil	11	46%	3	35%	2	47%	3	26%	3	75%
Saúde do adolescente	3	22%	1	50%	0	(1)	2	8%	0	(1)
Doenças transmissíveis										
Malária	11	30%	2	39%	2	28%	5	22%	2	44%
Tuberculose	3	92%	2	88%	0	(1)	0	(1)	1	100%
Aconselhamento e despistagem de VIH	8	70%	3	87%	1	80%	1	40%	3	60%
Assistência e suporte a utentes com VIH/ SIDA	7	64%	3	67%	1	70%	1	10%	2	95%
Tratamento com TARV	7	49%	3	52%	1	57%	1	14%	2	57%
Prevenção da transmissão mãe-filho	6	70%	2	65%	1	90%	1	20%	2	90%
Infeções sexualmente transmissíveis	11	47%	2	71%	1	100%	5	20%	3	57%
Doenças não transmissíveis										
Diagnóstico e acompanhamento de diabetes	10	45%	2	42%	2	54%	4	40%	2	46%
Diagnóstico e acompanhamento de doença cardiovascular	8	51%	2	38%	2	67%	3	53%	1	42%
Diagnóstico e acompanhamento de doença respiratória crónica	9	38%	2	36%	2	50%	3	39%	2	27%
Diagnóstico de cancro cervical	2	38%	1	50%	0	(1)	1	38%	0	(1)
Serviço de sangue	7	31%	3	29%	0	(1)	2	7%	2	57%
Cirurgia básica	10	71%	2	76%	1	94%	5	60%	2	79%
Cirurgia geral (só em hospitais)	7	61%	3	56%	1	88%	(1)	(1)	3	53%

(1) Serviços indisponíveis

elevada (92%), o que poderá indicar boas práticas e especialização, decorrente da cooperação com organismos internacionais, devendo ser dada especial atenção à organização e funcionamento destes serviços.¹⁶

Limitações e trabalho futuro

Na metodologia foram apontadas limitações relacionadas com a aplicação do formulário SARA em língua francesa e formato em papel, que obrigou a uma recolha adicional de dados. Nos resultados é reconhecida uma limitação de análise à disponibilidade geral dos serviços pela indisponibilidade de dados relativos aos recursos humanos de uma das ES estudadas e de dados da procura de serviços, pois o formulário base não contempla esta recolha e não foi possível aceder a fontes onde estivessem descritos.

Sendo a debilidade dos sistemas de informação em saúde um problema que afeta vários países da África subsariana,²¹ estas dificuldades dão relevo à necessidade

de reforçar os mecanismos de registo e partilha de informação. No caso da RGB, a adoção da metodologia SARA para monitorização regular de toda a rede sanitária, com a adaptação à língua portuguesa e utilização de aplicações eletrónicas para recolha de dado, pode contribuir para tal desígnio.

CONCLUSÃO

As tendências observadas na disponibilidade e prontidão de serviços são consistentes com as descrições do sistema de saúde da RGB apresentadas em diferentes documentos estratégicos e relatórios de parceiros internacionais, que apontam a carência de equipamentos, infraestruturas e recursos, uma predominância do setor público, importância crescente das ES geridas por ONG e entidades religiosas e florescimento de ES privadas com fins lucrativo, bem como insuficiências no planeamento e na regulação.

Tal cenário reforça a pertinência da proposta de criação de um Complexo Hospitalar em Bissau, juntando os diversos setores num esforço comum e partilhado para reordenar a oferta de serviços, adequando-os às necessidades da população e aos objetivos estabelecidos no PNDS III e programas de saúde prioritários e promovendo uma resposta integrada e racional³ que, apesar de não ser consensual, é apontada como pragmática para cenários de carência de recursos.

AGRADECIMENTOS

A Marta Temido que, enquanto investigadora no IHMT-NOVA, acompanhou os autores deste artigo na reflexão sobre alguns aspetos nele abordados.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica

e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não se verificam conflitos de interesses.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi cofinanciado pela Organização Mundial de Saúde (que apoiou a participação de Augusta Biai, Agostinho N'Dumbá, Clotilde Neves e de Paulo Ferrinho na conceção e recolha de dados) e pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa (que apoiou a participação de Clotilde Neves na colheita de dados e de André Beja e de Paulo Ferrinho na análise, interpretação e publicação).

REFERÊNCIAS

- Sá Guerreiro C, Paulo Silva A, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2017. [consultado 2018 jan 23]. Disponível em: <http://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/12>.
- World Bank. Terra Ranca! - Um novo começo. Guiné-Bissau, memorando económico do país (Sumário). 2015. [consultado 2018 jan 24]. Disponível em <http://documents.worldbank.org/curated/pt/843231468250507098/Guine-Bissau-Memorando-economico-do-pais-Terra-ranca-Um-novo-comeco-relatorio-principal>.
- República da Guiné-Bissau, MINSAP- Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) III - 2018-2022. 2017.
- República da Guiné-Bissau, MINSAP - Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) II - 2008-2012. 2008.
- Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau. Guiné-Bissau em Números 2017 - Boletim Estatístico da Guiné-Bissau. 2017. [consultado 2018 mar 02]. Disponível em <http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/guinebissau-em-numero2017.pdf>.
- World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery - Implementation guide, Version 2.2. 2015. [consultado 2018 fev 27]. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_implementation_guide/en/.
- World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery - Reference Manual, Version 2.2. 2015. [consultado 2018 fev 27]. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/.
- Mills A. Health care systems in low- and middle-income countries. N Engl J Med. 2014;370:552-7.
- O'Neill K, Takane M, Sheffel A, Abou-Zahr C, Boerma T. Monitoring service delivery for universal health coverage: The Service Availability and Readiness Assessment. Bull World Health Organ. 2013;91:923-31.
- Choi Y, Ametepi P. Comparison of medicine availability measurements at health facilities: evidence from Service Provision Assessment surveys in five sub-Saharan African countries. BMC Health Serv Res. 2013;13:266.
- WHO Regional Committee for Africa- 53. Resolution: Strengthening the Role of Hospitals in National Health Systems in the African Region. 2003. [consultado 2019 mar 12]. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93338>.
- Katende D, Mutungi G, Baisley K, Biraro S, Ikoona E, Peck R, et al. Readiness of Ugandan health services for the management of outpatients with chronic diseases. Trop Med Int Health. 2015;20:1385-95.
- Kanyangarara M, Munos MK, Walker N. Quality of antenatal care service provision in health facilities across sub-Saharan Africa: Evidence from nationally representative health facility assessments. J Glob Health. 2017;7:483-95.
- Andriantsimetry SH, Rakotomanga R, Rakotovo JP, Ramiandrisson E, Razakariasy ME, Favero R, et al. Service Availability and Readiness Assessment of maternal, newborn and child health services at public health facilities in Madagascar. Afr J Reprod Health. 2016;20:149-58.
- Spiegel DA, Droti B, Relan P, Hobson S, Cherian MN, O'Neill K. Retrospective review of Surgical Availability and Readiness in 8 African countries. BMJ Open. 2017;7:1-1-9.
- UNIOGBIS. Relatório Sobre o Direito à Saúde Na Guiné-Bissau. Bissau: UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH; 2017. [consultado 2018 jan 25]. Disponível em https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/report_on_the_right_to_health_-guinea-bissau_portuguese_.pdf.
- Robertson J, Macé C, Forte G, de Joncheere K, Beran D. Medicines availability for non-communicable diseases: the case for standardized monitoring. Global Health. 2015;11:18.
- Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. Lancet. 2016;388:596-605.
- Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ. 2017;95:738-48.
- Tagny CT, Laperche S, Murphy EL. Updated characteristics of blood services, donors and blood products in 11 French-speaking African countries. Vox Sang. 2018;113:647-56.
- Mbondji PE, Kebede D, Soumbey-Alley EW, Zielinski C, Kouvidila W, Lusamba-Dikassa P-S. Health information systems in Africa: descriptive analysis of data sources, information products and health statistics. J R Soc Med. 2014;107:3445.