ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM A

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

2006 - 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for Africa
Brazzaville 2005

INDÍCE

LISTA DAS ABREVIATURAS E SIGLAS v

PREFÁCIO ix

1. INTRODUÇÃO 1

2. QUADRO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL DA OMS: ORIENTAÇÕES MUNDIAIS E REGIONAIS 2

   2.1. Missão da OMS.....2
   2.2. Novos métodos de trabalho 2
   2.3. Orientações estratégicas.....3
   2.4. Funções principais 3
   2.5. Prioridades mundiais e regionais 4
   2.6. Tornar a OMS mais eficaz a nível dos países.....4

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PAÍS : DESAFIOS AO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE..... 6

   3.1. Perfil do país.....6
   3.2. Perfil sanitário.....9
   3.3. Desafios ao desenvolvimento do sector da saúde.....24

4. AJUDA AO DESENVOLVIMENTO : FLUXOS, INSTRUMENTOS E COORDENAÇÃO..... 26

   4.1. Tendências gerais da ajuda 26
   4.2. Principais parceiros e áreas de intervenção no sector da saúde.....26
   4.3. Mecanismos e instrumentos de coordenação 30

5. PROGRAMA ACTUAL DE COOPERAÇÃO OMS/PAÍS 32

   5.1. Representação no País 32
   5.2. Apoio da Sede e do Escritório Regional 36
   5.3. Pontos fortes, pontos fracos, desafios e oportunidades da OMS a nivel do país....36

6. AGENDA ESTRATÉGICA DA OMS PARA A COOPERAÇÃO COM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE 40

6.1. Objectivo geral.....40
6.2. Mudanças de orientação.....40
6.3. Eixos da agenda estratégica.....40
6.4. Promoção e protecção da saúde.....43

7. APOIO E IMPLEMENTAÇÃO DA ECP: IMPLICAÇÕES PARAA OMS 44

7.1. Representação no País.....44
7.2. Escritório Regional e Sede 45

8. SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO 47

9. CONCLUSÃO 48

ANEXOS

1. Bibliografia 49
2. Pessoas e instituições contactadas 53
3. O processo ECP 55
4. Constituição da equipa/país e da equipa ECP 57
5. Plano indicativo e quadro de recursos 59

SIGLAS

AFRO	Escritório Regional da OMS para África
AIDI.	Atenção Integrada das Doenças Infantis
ASC.	Agente de Saúde Comunitária
AMS	Sistema de Administração e Finanças
BM.	Banco Mundial
CAME	Central de Abastecimento em Medicamentos Essenciais
CCIAS	Câmara de Comércio, Indústria, Agricultura e Serviços
CPLP	Comunidade de Países de Lingua Portuguesa
DPCA	Common services account
DOTS	Estratégia de tratamento anti-tuberculoso de observação directa
DPC/WHO/STP	Epidemiologista da equipa OMS/País
DSF	Desenvolvimento do Sector Farmacêutico
DRHS	Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
EB	Executive Board / Conselho Executivo
ECP	Estratégia de Cooperação com os Países
EFQS	Escola de Formação de Quadros da Saúde
ENRP	Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
FNM	Fundo Nacional de Medicamentos
FONG	Federação das Organizações não Governamentais
GPN	Global Programme Network
GPW	General Programme of Work
HAM	Hospital Ayres de Menezes
HIV	Virus da Imunodeficiência Humana
HIPIC	Iniciativa para os Países Pobres e Altamente Endividados
IEC	Informação, Educação e Comunicação

IDH	Indice de Desenvolvimento Humano
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IRC	Infecções Respiratórias Crónicas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Intervenção voluntária de gravidez
MDC	Reunião de revisão e aprovação dos documentos ECP
MINSAU	Ministério da Saúde
MCH	Macroeconomia e Saúde
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África
NPO	National Program Officer
NU	Nações Unidas
ODM/OMD	Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Other Sources / Outros Fundos
PAE	Programa de Ajustamento Estrutural
PALOP	Países Africanos de Lingua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
PNLP	Plano Nacional de Luta Contra Pobreza
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
POA	Plano de Acção
PPAE	Países Pobres Altamente Endividados
PF	Planeamento Familiar
PNS	Política Nacional de Saúde
RB	Fundos Regulares

RGPH	Recenseamento Geral da População e da Habitação
SSA	Acordo Especial de Serviço / Special Service Agreement
SNU	Sistema das Nações Unidas
SIDA	Sindroma da Imuno Deficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação Sanitária
STP	São Tomé e Príncipe
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TCU	Taxa de Crescimento Urbano
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População Population
USD	Dólares dos Estados Unidos
HIV	Virus da Imunodeficiência Humana
WHO/OMS	Word Health Organisation / Organização Mundial de Saúde
WR/STP	Representante da OMS em São Tomé e Príncipe
WHO/HQ	Sede Mundial da OMS em Genebra

PREFÁCIO

No ano 2000, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma Estratégia Institucional para orientar a acção do Secretariado da OMS. Esta Estratégia Institucional destacava o papel central que cabe aos países nas actividades da OMS; por isso, a estratégia geral foi revista e adaptada às necessidades de cada país. Estas medidas estiveram na origem da Estratégia de Cooperação da OMS com os Países (CCS).

A Estratégia de Cooperação com os Países descreve as prioridades estratégicas da OMS para cada país, de modo a obter uma resposta integrada nos três níveis: Representação no país, Escritório Regional e Sede. A CCS é uma expressão clara do que a OMS privilegia para o país: a agenda estratégica orientará a cooperação entre a OMS e os Estados-Membros a médio prazo. A CCS servirá de referência para os planos de acção da OMS e para a afectação dos recursos, sejam eles dos países, da Região, da Sede ou de outras fontes, como os centros colaboradores.

A Estratégia de Cooperação da OMS foi elaborada após um longo processo de consultas que envolveu todos os níveis da Organização, o Ministério da Saúde, outros departamentos governamentais, organizações do sector privado e da sociedade civil, instituições de formação e investigação, parceiros para o desenvolvimento e outros intervenientes na saúde. O processo implicou questionários, análises em profundidade dos grandes desafios colocados à saúde e ao desenvolvimento de cada país, e também o estudo das vantagens comparativas da OMS.

Destaco o exaustivo processo que conduziu à formulação deste documento e gostaria de agradecer ao governo e a todos os intervenientes na área da saúde pelo seu esforço e participação activa. Não tenho dúvida de que o processo da CCS ajudará os países nos seus esforços de se dedicarem aos problemas prioritários da saúde e de coordenarem as actividades dos vários parceiros e intervenientes.

O nosso desafio é, agora, traduzir estas estratégias em acções concretas, a fim de melhorar o desempenho da OMS a nível de país, bem como os contributos para a saúde das populações em maior necessidade.

Dr. Luis Gomes Sambo
Director Regional
Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional Africano

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Cooperação da OMS com os Países inscreve-se no quadro das mudanças que se operam a nível mundial, assim como nas reformas a nível da Organização. Um dos seus objectivos é contribuir para o reforço da organização, ao nivel dos países. Ela representa a simbiose entre as necessidades e prioridades nacionais dos países e as prioridades regionais e mundiais, em matéria do desenvolvimento da saúde.

A presente Estratégia de Cooperação da OMS com São Tomé e Príncipe, 2006-2009, serve de referência estratégica para todo o trabalho da OMS no País. A sua elaboração, inspirou-se, nomeadamente, no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), na Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (ENRP), no primeiro Relatório Nacional sobre os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD), na Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD) e no Relatório Mundial sobre a Macroeconomia e Saúde (MCH)

Na sequência da análise da situação e das interacções com o Governo e os parceiros para o desenvolvimento, identificaram-se os desafios que serviram de base para a definição dos eixos estratégicos da Agenda para a Cooperação entre São Tomé e Príncipe e a OMS no período 2006-2009.

A materialização destes eixos passará pelo processo de planificação, de programação e de gestão na OMS . Destes salientam-se o Orçamento-Programa e o Plano de Acção bienal, com os respectivos instrumentos de seguimento, monitorização e de avaliação.

A ECP resulta de um processo de intensa consulta e interacção com a Assembleia Nacional, o Governo (Ministérios da Saúde, dos Negócios Estrangeiros e da Cooperação, dos Recursos Naturais e Meio Ambiente, do Plano e Finanças), com ONGs nacionais e internacionais e com congregações religiosas. O exercício foi realizado por uma equipa integrando quadros do escritório local da OMS, do Ministério da Saúde e técnicos da OMS, sede mundial (HQ) e do escritório regional para África (AFRO).

2. QUADRO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL DA OMS: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS MUNDIAIS E REGIONAIS

Os métodos de trabalho da Organização Mundial de Saúde têm sofrido mudanças significativas ao longo dos últimos anos, com o objectivo de melhorar o seu desempenho no apoio prestado aos Estados-Membros, na abordagem aos desafios-chave no sector da saúde e desenvolvimento. Estas mudanças foram definidas no quadro da estratégia institucional da OMS.

2.1 Missão da OMS

A função da OMS, enquanto agência para a saúde, consiste em contribuir para a "aquisição, por todas as populações, do nível da saúde mais elevado possível..." (Artigo I da Constituição da OMS). A Estratégia Institucional e o Quadro das Políticas para a Cooperação Técnica como os Países-Membros da Região Africana sublinham as características-chave através das quais a OMS pretende dar a máxima contribuição possível para a melhoria da saúde no mundo, e na Região Africana, em particular. A Organização tem como objectivo o reforço das suas capacidades a nível técnico, intelectual e político nas questões de saúde, assim como a sua capacidade de gestão para a abordagem das necessidades dos Estados-Membros.

2.2 Novos métodos de trabalho[1]

Na sua estratégia institucional, a OMS acentua as respostas a um ambiente mundial em mutação, a saber:

- adoptar uma abordagem mais vasta à saúde, no contexto do desenvolvimento humano, da acção humanitária e dos direitos humanos, centrando-se particularmente nas ligações existentes entre a saúde e a redução da pobreza;
- desempenhar uma função mais importante na criação de consensos a nível nacional e internacional sobre as políticas, estratégias e normas da saúde, efectuando para o efeito, a gestão de dados e a aplicação da investigação, do conhecimento e das competências;
- assumir uma acção mais eficaz para melhorar e reduzir as desigualdades na saúde, ao negociar as parcerias e ao fazer prevalecer a sua função de catalizador;
- criar uma cultura que estimule o pensamento estratégico, a influência mundial, a acção imediata, a criação de novos laços e a inovação.

[1] WHO: EB105/3, A Corporate Strategy for the WHO Secretariat

2.3 Orientações Estratégicas[2]

As metas da OMS são a melhoria da saúde das populações e das comunidades e a luta contra a saúde precária. Por forma a concretizar estas metas, desenvolveram-se quatro orientações estratégicas, que constituem um enquadramento mais geral para o trabalho técnico da OMS :

(i) reduzir a elevada mortalidade, morbilidade e incapacidades, especialmente, nas populações pobres e marginalizadas;

(ii) promover estilos de vida saudáveis junto das populações e reduzir os factores de risco;

(iii) desenvolver sistemas de saúde que melhorem os resultados da saúde de uma forma equitativa, respondendo às solicitações legítimas das populações e sendo finaceiramente justos;

(iv) criar uma política de base e um quadro institucional no sector da saúde e mover uma dimensão sanitária eficaz, no que respeita às políticas sociais, económicas, ambientais e de desenvolvimento.

2.4 Funções principais

As funções principais da OMS baseiam-se nas vantagens comparativas da Organização em todos os seus níveis, que são as seguintes:

(i) articular, para fins de advocacia, políticas e posições consistentes, éticas e baseadas em dados factuais;

(ii) gerir a informação, avaliar as tendências e comparar o desempenho dos sistemas de saúde; elaborar um programa para a investigação, estimulando o seu desenvolvimento;

(iii) favorecer a mudança, através de apoio técnico e político em todas as formas que estimulem a acção e ajudem a melhorar as capacidades nacionais sustentáveis, no sector da saúde;

(iv) negociar e manter as parcerias a nível nacional e mundial;

(v) determinar, validar, monitorizar e prosseguir a implementação de normas e de padrões;

(vi) estimular o desenvolvimento e a experimentação de novas tecnologias, instrumentos e orientações para a luta contra as doenças, a redução de riscos, a gestão dos cuidados de saúde e a prestação de serviços.

[2] WHO: General Programme of Work (GBW)M 2002-2005

2.5 Prioridades Mundiais e Regionais especificas[3]

Considerando que os seus limitados recursos devem ser utilizados de forma eficiente, a fim de tornar mais eficazes as suas intervenções, a OMS seleccionou um número de questões prioritárias sobre as quais se devem centrar as suas intervenções a médio-prazo:

(i) potencial para alterar significativamente o fardo da doença, através de intervenções já existentes com boa relação custo-eficácia;

(ii) problemas de saúde com um importante impacto sócio-económico e um impacto desproporcionado sobre os pobres;

(iii) necessidade urgente de novas tecnologias;

(iv) oportunidades para reduzir as desigualdades de saúde, nos países e entre eles;

(v) grande solicitação de apoio por parte dos Estados-Membros;

(vi) vantagem comparativa da OMS, no que respeita especificamente à distribuição de bens públicos, à criação de consenso em redor das políticas, estratégias e normas e ao processo de criação e gestão de parcerias.

Com base nestes critérios, as prioridades seleccionadas a nível mundial incluem: paludismo, HIV/SIDA e tuberculose, saúde materna, saúde mental, luta contra o tabaco, doenças não transmissíveis, segurança alimentar, sistemas de saúde, saúde e meio ambiente. A Região Africana seleccionou doze áreas prioritárias a médio-prazo: (i) desenvolvimento dos sistemas de saúde; (ii) luta contra as doenças transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA, tuberculose, paludismo e segurança do sangue; (iii) saúde materna; (iv) saúde das crianças; (v) saúde dos jovens e dos adolescentes; (vi) saúde mental; (vii) luta contra as doenças não transmissíveis, incluindo as doenças cardio-vasculares, neoplasias, diabetes e as doenças respiratórias obstrutivas crónicas; (viii) promoção da saúde; (ix) saúde e meio ambiente, nutrição; (x) preparação e resposta às situações de emergência e às epidemias; (xi) pobreza e saúde; (xii) e medicamentos essenciais, incluindo a medicina tradicional.

2.6 Melhorar a eficácia da OMS a nível dos países

A expressão da estratégia institucional da OMS varia de país para país. Considerando os desafios específicos da saúde e desenvolvimento a nível de cada país, o envolvimento de outros parceiros externos, o trabalho actual da OMS no país e com o país, e os quadros das políticas a nível mundial e regional, a OMS pretende estabelecer um equilíbrio entre as funções-chave a nível do país, o que significa uma maior intervenção

[3] Idem e Actividades da OMS na Região Africana, Quadro Estratégico, 2002-2005

como conselheiro, mediador, catalizador e evitar envolver-se em implementações de rotina, excepto no caso de iniciativas específicas, claramente identificadas e prioritárias, por um período de tempo limitado.

Assim, com base nas funções principais mais abrangentes, desenvolveu-se uma tipologia das funções da OMS a nível dos países, que é a seguinte:

(i) apoiar a implementação de actividades de rotina a longo prazo;

(ii) criar um efeito catalítico, pela adopção e adaptação de estratégias técnicas e procurar a implementação em larga escala;

(iii) apoiar a investigação e o desenvolvimento;

(iv) estimular a monitorização do sector da saúde e do seu desempenho;

(v) facilitar a partilha da informação e do conhecimento e criar opções genéricas de políticas, de normas e de advocacia;

(vi) prestar aconselhamento técnico em matéria de políticas específicas do país; assumir um papel de facilitador e influenciar a selecção das políticas, a acção e a alocação dos rcursos do governo e de outros parceiros para o desenvolvimento.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PAÍS : DESAFIOS À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

3.1 Perfil do país

3.1.1 Situação Geográfica e Climática

São Tomé e Príncipe é um arquipélago de origem vulcânica situado no Golfo da Guiné, a 300 Km da costa de África. É constituido por duas ilhas principais, São Tomé e Principe, distantes entre si 150 Km. A sua superfície total é de 1001 km2, tendo São Tomé 859 km2.

O clima é tropical húmido, equatorial oceânico com vários microclimas, a temperatura média anual é de 25,3 ºC (em Março/Abril, 30,5ºC e em Julho, 19,9ºC). A pluviometria anual varia de 1000 a 7000 mm. Existe um longo período de chuvas e um curto período seco. A humidade relativa é de cerca de 80%. A temperatura e a humidade elevadas e a pluviosidade favorecem a reprodução de diversos vectores. A vegetação é do tipo floresta tropical, variando com a altitude.

3.1.2 Situação demográfica e sócio-cultural[4]

A população em 1975 era de 64 mil habitantes. Duplicou num período de 25 anos e, em 2001, atingiu cerca de 140.000 habitantes, conforme os dados do Recenseamento Geral da População e da Habitação (RGPH 2001). A população flutuante, ou seja, residentes temporários, não consta dos registos anteriores à independência, que ocorreu em 1975.

A taxa de crescimento populacional é de 1,6%, com uma taxa bruta de natalidade (TBN) de 35,3 por mil e um índice sintético de fecundidade de 4,7 (RGPH, 2001). A taxa média anual de crescimento da população urbana é de 3,6%, enquanto a rural é de apenas 0,3%.

A estrutura etária é de uma população jovem, pois 66,6 % têm idade inferior a 25 anos. As crianças menores de um ano representam cerca de 3,3%, as que têm menos de cinco anos são 15% da população total do país e o grupo etário dos 0 aos 14 anos corresponde a 24,2% do total.

[4] Fonte: Instituto Nacional de Estatística

O rácio entre os sexos apresenta um certo equilíbrio, sendo a população feminina 50,5% do total. As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem 24,2% da população total.

A esperança de vida à nascença é de 63,9 anos, sendo 62,5 anos para homens e 65,4 anos para mulheres.

A taxa de escolarização mais actual (1989) indica que 52,5% de escolarizados são do sexo masculino e que 80 % da população adulta é alfabetizada.A população do país caracteriza-se pela fusão de povos vindos de vários quadrantes. Historicamente, há dois grupos populacionais maioritário: o forro (ou angolar, dada a sua ascendência mais directa), em S.Tomé, e o minuié, no Príncipe. Estes grupos usufruem de direitos históricos, algo afastados doutros grupos muito associados à anterior exploração agrícola, ou seja, os descendentes de caboverdianos, angolanos e moçambicanos.

Segundo dados do RGPH 2001, a maior densidade populacional verifica-se na região centro do País, com 606 habitantes por Km2, contra 47 na região sul da ilha de S Tomé e 41 na ilha do Príncipe, estando 70% da população concentrados num raio de 10 km da cidade de São Tomé.

3.1.3 Situação política

Antiga colónia portuguesa, São Tomé e Príncipe ascendeu à independência em 12 de Julho de 1975, sendo denominada oficialmente como República Democrática de São Tomé e Príncipe. Até 1991, foi regida por um partido único. Nesse ano foi institucionalizado o multipartidarismo, tendo sido empossados desde então 13 governos.

Administrativamente, o país encontra-se dividido em seis distritos na ilha de São Tomé; a ilha do Príncipe constitui uma região autónoma. Estas sete entidades correspondem aos distritos sanitários.

As eleições legislativas e presidenciais têm ocorrido como previsto na Constituição. As eleições autárquicas tiveram lugar há mais de 11 anos e as regionais há mais de oito.

Deve assinalar-se ainda que os diplomas que regulamentam a participação da sociedade civil e do sector privado são ou obsoletos, ou inexistentes. Constata-se igualmente a fraca práctica regular de prestação administrativa de contas do Estado, o que justifica a criação recente do Tribunal de Contas.

3.1.4 Situação económica

Nos primeiros dez anos, observou-se uma diminuição de 30% do PIB. De 1987 - ano do início da aplicação do Programa de Ajustamento Estrutural - até 1997, o crescimento resumiu-se a um valor médio anual na ordem dos 1,2%. A partir de 1998, a taxa de crescimento do PIB aumentou para 2,5%, tornando-se superior ao crescimento da população, e subiu para 4% em 2002. A taxa de inflação atingiu 81% em 1997, o valor mais alto até essa data; diminuiu depois, tendo estabilizado à volta dos 9% entre 2000 e 2002. Estes resultados criam um ambiente propício à busca de mais investimentos, nomeadamente para os sectores sociais.

Entre 1991 e 1998, a Ajuda Pública ao Desenvolvimento foi, em média, de cerca de 376,00 USD por habitante/ano, (um montante sensivelmente igual ao PIB per capita).

Em 1997, o sector primário representava cerca de 20% do PIB, dominado pelo cacau; a pesca representava apenas 2%. O sector secundário, incluindo energia e construção, representava 19% do PIB; à indústria cabiam 4%. O sector terciário representava cerca de 58%, com um grande peso da Administração Pública (cerca de 23% do PIB), sendo menor a importância do comércio e transportes. O turismo, considerado um eixo de desenvovimento, continua marginal.

Apesar de um PIB tão baixo, o paós ocupa a 122.ª posição no Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD, de 2003.

Até finais de 2002, a dívida externa de STP atingia cerca de 310 milhões de dólares EUA, o que corresponde a mais de seis vezes o Produto Interno Bruto.

Na sequência da reforma do sistema fiscal, que se inscreve no quadro do Programa de Ajustamento Estrutural (iniciado em 1987), o pais integra o grupo dos Paises Pobres Altamente Endividados (PPAE/HIPIC), o que lhe permite beneficiar de 81%, em média, do alívio da dívida a nível do Clube de Paris. Os recursos libertos neste quadro permitiram investimentos no sector da saúde.

3.1.5 Pobreza

Os vários estudos sobre a pobreza realizados no país indicam que ocorreu, na década de 90, um processo de contínua degradação dos indicadores económicos e sociais e da qualidade de vida das populações, em particular dos grupos mais vulneráveis.

A incidência da pobreza, que era de 36% em 1987, passou a 53,8% em 2001, com 38,7 % da população no limiar e 15,1 % na pobreza extrema. A região norte regista a maior incidência de pobreza (70,6% da população), seguida das regiões do sul e do Príncipe,

com 65,1% e 60% respectivamente. A região centro regista a menor incidência, com 46,45%. Porém, devido à concentração demográfica, esta região é a que contribui mais para a taxa de pobreza.[5]

Quadro 1: Indicadores da Pobreza em STP, 1987-2015

Indicadores	1987	1990	1992	1994	2001	2015
Incidência da Pobreza	36	41	48	46	53.8	20,5
Limiar da Pobreza	23	33	39	35	38.7	16,5
Pobreza Extrema	13	8	9	11	15.1	4,0

Fonte: Documento Nacional OMD

A Estratégia Nacional de Redução da Pobreza prevê a sua redução para um terço até 2015, de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milénio. A adopção desta estratégia constitui uma manifestação clara da determinação em inverter a situação. Nela, embora se reconheça o crescimento económico como fundamental, elegeu-se a boa governação como prioridade absoluta, introduzindo reformas nas instituições públicas e reforçando as capacidades humanas e institucionais e as parcerias.

A identificação de novas fontes de rendimento para o país, nomeadamente a exploração de recursos como o petróleo e o turismo, parecem constituir elementos que poderão contribuir para se atingirem as metas fixadas.

3.2 Perfil sanitário

O país herdou uma estrutura sanitária complexa, virada para a medicina curativa com base no regime anterior à independência, constituída pelos Hospitais das Roças, privados, e os serviços de saúde públicos do regime colonial.

As autoridades sãotomenses adaptaram as estruturas existentes, transformando os hospitais em unidades sanitárias de referência da área respectiva, incorporando os componentes preventivos e privilegiando a reabilitação da saúde.

Quadro 2: Evolução dos indicadores de saúde, em STP, 1970-2001

Indicadores	Anos			
	1970	1981	1991	2001
Esperança de vida à nascença	59,4	63,9	63,9	63,9
Mortalidade Infantil	69,6	51,2	60,8	54,2
Taxa bruta de mortalidade	12,5	7,7	7,2	8,3

Fonte: Dinâmica Natural da População em São Tomé e Principe, Inst Nac de Est, Março 2004, (RGPH, 2001)

[5] Estratégia Nacional da Redução da Pobreza 2002

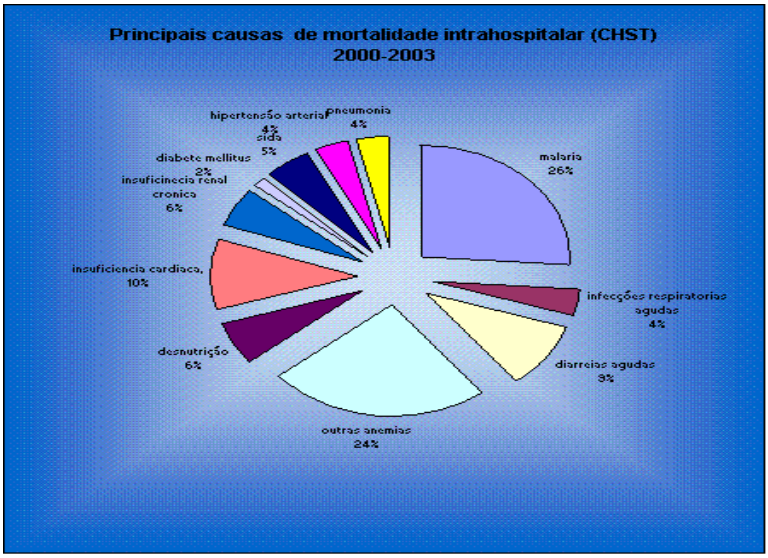
Os programas de cuidados primários de saúde têm obtido alguma melhoria nos indicadores de base, apesar da implementação dde programas de reajustamento estrutural e da fraca capacidade de gestão dos recursos.

3.2.1 Tendências epidemiológicas

O País não dispõe de um sistema operacional de informação e vigilância sanitária. Os programas com melhor desempenho têm os seus próprios mecanismos de recolha de informação. Predominam as doenças transmissíveis, muitas vezes relacionadas com um meio ambiente insalubre e com comportamentos pouco saudáveis, que constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade.

No que concerne às doenças não transmissiveis, os registos não as evidenciam como um problema de saúde pública. É provável que existam mais casos do que os registados. É de referir que o corpo clínico hospitalar não dispõe de especialistas suficientes para melhorar a informação relativa às doenças não transmissíveis e emergentes. Estas não são consideradas no sistema de vigilância epidemiológica.

Como os sinais e sintomas de paludismo são comuns a muitas outras doenças e esta é a causa mais importante de morbilidade e mortalidade, daí resulta que outras entidades nosológicas tenham como diagnostico inicial o paludismo.



Fonte: Secção de Epidemiologia da Direção dos Cuidados de Saúde

No que se refere a traumatismos, estes constituem a segunda causa de admissão nas urgências do Hospital Ayres de Menezes.

Comportamentos nada saudáveis, como o uso e o abuso do alcool, do tabaco, de substância psicoactivas, relações sexuais sem proteção, hábitos alimentares inadequados já de si evidentes, apesar da ausência de dados factuais, constituem factores de risco para o aumento da morbilidade e da mortalidade.

3.2.2 Doenças Transmissíveis:

O fardo devido ao paludismo é tal, que as outras doenças transmissíveis não têm a atenção que lhes deveria ser conferida; além disso, é notória a falta de coordenação entre os programas de luta com peso epidemiológico importante como, por exemplo, a relação entre Paludismo, HIV/SIDA e Tuberculose.

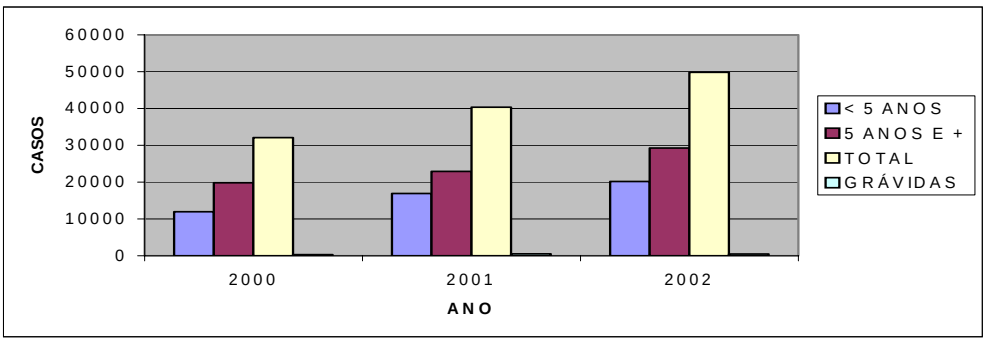
O país não possui um laboratório nacional de saúde pública. Por outro lado, os laboratórios existentes não têm capacidade de resposta às necessidades decorrentes dos programas relativos às doenças transmissíveis actuais ou emergentes.

A estratégia de atenção integrada das doenças da infância (AIDI) foi introduzida em 2001 e presentemente é implementada nos dois distritos mais populosos do país (Mezochi e Água Grande), correspondendo a cerca de 70% da população infantil.

a) Paludismo

O paludismo constitui actualmente o maior problema de Saúde pública. Cada habitante tem, em média, 2 a 3 episódios da doença por ano. Os menores de cinco anos e as grávidas são os grupos mais afectados.

Gráfico 2: Casos de paludismo confirmado, atendidos en consulta externa por distrito e grupos etários, STP, 2000 - 2002.



Fonte:Centro Nacional de Endemias, Junho, 2003

O Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo conta com instrumentos importantes, nomeadamente, Politica e Estratégia Nacional de Luta contra o Paludismo, com os consequentes planos de acção anuais. Tem, ainda, normas para o tratamento de casos, tendo sido recentemente revisto o protocolo de tratamento das doenças.

O Programa ainda não conseguiu nem uma descentralização para o nível distrital, nem o envolvimento da comunidade; sofre de dificuldades de coordenação dos parceiros nele intervenientes, quer nacionais quer estrangeiros, assim como de escassez de recursos humanos, materiais e financeiros para a implementação do Plano Estratégico Nacional.

b) Tuberculose

Não existe, a nível nacional, um conhecimento da magnitude do problema da TB, o que leva a que esta não seja considerada como um problema de saúde pública. Corre-se o risco de uma propagação explosiva dessa doença, dada a degradação crescente das condições sócio-económicas da população, a propagação contínua do HIV/SIDA e também a falta de uma estratégia integrada de luta contra a doença.

Em 2001, registaram-se 80 casos de tuberculose em todo o país, tendo esse número aumentado para 140 em meados de 2003. As taxas de sucesso terapêutico são da ordem dos 63%, com 28% de cura e 35% de tratamento completo.

Quadro 3: Casos notificados de Tuberculose e Taxa de prevalência, STP, 1998-2002

Tuberculose	1998	1999	2000	2001	2002
Total de casos notificados	106	97	97	81	94
Taxa/100.000 ha	78,5	71,8	71,8	60	69,1

Fonte : PNLCT

O actual programa tem estado virado essencialmente para os aspectos curativos da doenca, descurando o diagnóstico precoce e o despiste de casos e caracterizando-se por uma detecção passiva.

Até ao momento, a estratégia DOTS só está a ser implementado ao nível do HAM. A elaboração do Plano Nacional Estratégico está em curso.

c) HIV/SIDA

O primeiro caso de SIDA foi notificado em 1990; em Abril de 2003, havia um total acumulado de 124 casos, dos quais já faleceram 59 (47,6%). Assume-se que existe uma sub-notificação, sendo provável que o número de casos e de óbitos seja superior ao registado. A progressão desta doença tem sido exponencial .

A transmissão sexual é a principal via de infecção do HIV, com uma percentagem de 89,5% (111 casos), seguida pela via da transfusão sanguínea com 4,8% (6 casos) e a transmissão vertical com 1,6% (2 casos). O maior número de casos de SIDA foi registado no grupo etário dos 30-49 anos, que corresponde ao grupo activo da população.

Um estudo nacional de sero-prevalência do HIV e do virus da Hepatite B (VHB) realizado, em 2001 numa amostra de 2.313 pessoas, revelou uma taxa de prevalência da infecção de 1% para o HIV e de 59,6% para o VHB. Estes resultados estão de acordo com a informação clínica no que respeita à Hepatite B. Considerando que as vias de transmissão de HIV e VHB são as mesmas, pode esperar-se uma subida vertiginosa da prevalência do HIV e da sua letalidade.

Há ainda a considerar os hábitos sexuais precoces sem protecção e o aumento da gravidez na adolescência, como factores de risco potenciais.

Não existe um sistema de vigilância epidemiológica fiável das infecções sexualmente transmissíveis (IST). No entanto, os poucos dados que estão registados sobre estas indicam uma tendência crescente, verificando-se que cerca de 20% das mulheres grávidas examinadas apresentam uma infecção genital (ano 2000).

Os factores identificados como determinantes da epidemia do HIV/SIDA são a pobreza, desemprego, aumento da mobilidade interna e do fluxo migratório da população, analfabetismo, existência de tabus que dificultam o diálogo sobre questões ligadas à vida sexual e reprodutiva, a multiplicidade de parceiros sexuais, a fraca utilização do preservativo e a existência de altos índices de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em Fevereiro de 2004, adoptou-se a Política e o Plano Estratégico Nacional de Luta contra o SIDA.

3.2.3 Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental:

É recente a importância que se dá às doenças não transmissíveis. No entanto a ausência de dados não permite uma avaliação adequada da situação epidemiológica dos aspectos relacionados com doenças cardiovasculares, nutricionais e degenerativas, entre outras.

Porém, considerando alguns factores, tais como hábitos comportamentais ligados à saúde dos indivíduos, agravados pela pobreza e pelo baixo nível de educação sanitária e cívica, é de pressupor que estas entidades nosológicas possam apresentar taxas de morbilidade e mortalidade importantes.

Pode assumir-se que o país se encontra numa fase epidemiológica de coexistência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, tais como hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca, insuficência renal, drepanocitose e neoplasias, que constituem causas importantes de morbilidade e mortalidade nos registos hospitalares.

A saúde mental é percebida pela sociedade como um programa para tratamento dos doentes psiquiátricos. Também neste campo escasseiam as informações factuais e regista-se uma certa indiferença perante este assunto.

3.2.4 Saúde Reprodutiva

a) Infecções respiratórias agudas (IRA)

As IRA, incluindo a pneumonia, constituem a segunda causa de morbilidade e mortalidade das crianças menores de 5 anos. Em 2003, foram notificados 5.905 casos de IRA. Nesse ano, as IRA ocasionaram 11% dos óbitos de menores de 5 anos registados no HAM

Um estudo realizado em 2000 pelo Ministério da Saúde com a colaboeação da UNICEF, mostrou que 5% das crianças com menos de 5 anos tiveram uma infecção respiratória aguda nas duas semanas que precederam o estudo.

b) Diarreia

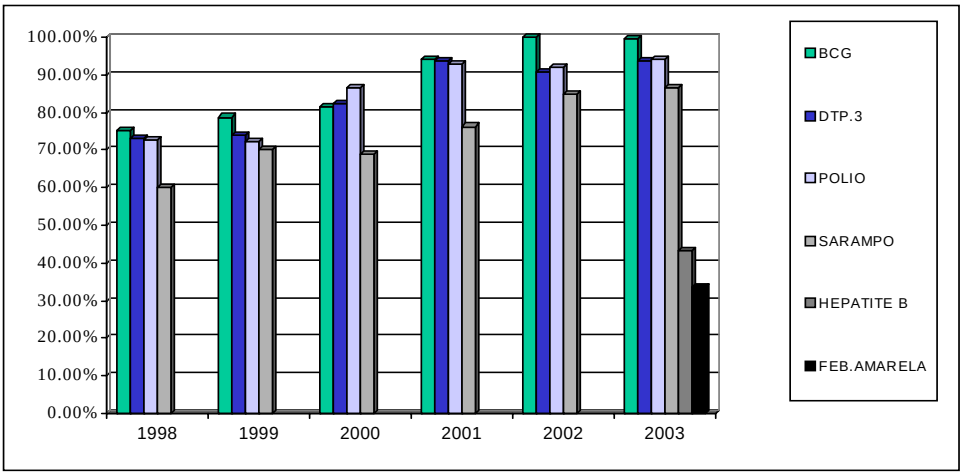
Em 2003, foram notificados 2.888 casos de doenças diarreicas agudas entre as crianºças com menos de 5 anos. Nesse mesmo ano, estas doenças provocaram 9% dos óbitos desse grupo etário (65% dos quais foram atribuídos ao paludismo).

O Estudo MICS, realizado em 2000 pelo Ministério da Saúde em colaboração com a UNICEF, revelou que 18% das crianças menores de 5 anos sofreram episódios de diarreia aguda nas duas semanas que precederam o inquérito, e que as crianças de entre 6 a 23 meses de idade foram as mais afectadas.

c) Saúde Materna e Infantil

O último caso de poliomielite ocorreu em 1983 e o último registo de sarampo em 1994. O nível da cobertura vacinal ultrapassa a média africana. Apesar disso, é necessário um esforço suplementar para aumentar os níveis de cobertura vacinal contra o sarampo, a hepatite-B e a febre amarela, tendo sido estas duas últimas introduzidas em Outubro de 2003. É, por isso, imperioso garantir a sustentabilidade do programa.

Quadro 4 : Cobertura Vacinal por antigénio nos menores de um ano, STP 1998-2003



Fonte:Programa de Saúde Reprodutiva/Direcção dos Cuidados de Saúde

Como ilustra o quadro acima, apesar do elevado nivel de cobertura da consulta pré natal (79,3%) e do parto institucional (76,4%), a mortalidade materna registou em 2002 uma taxa de 101,6 por cem mil nascidos vivos. Isto deve-se, entre outros factores, à deficiente qualidade dos cuidados obstétricos, ao sistema de referência e à insuficiência em maternidades na rede sanitária, sobretudo em locais densamente povoados, como se ilustra no Quadro 5.

Quadro 5: Cobertura da Consulta Pré-natal, Seguimento da criança, Parto Institucional e Planeamento Familiar em STP 2000-2003

Anos	Pre-natal	< 1A (1ª visita)	AT3	AT3	Planeamento Familiar %		Parto Institucional
					100%	60%	
2000	69%	84,6%	75,3%	34,9%	19,3%	32,1%	58%
2001	84,3%	93,6%	69,6%	41,6%	22,5%	36,4%	68%
2002	92,6%	98,7%	83,7%	42,3%	27,7%	37,2%	75%
2003	79,3%	98,6%	97,1%	51,8%	29,9%	49,8%	76,4%

Fonte: Programa de Saúde Reprodutiva/Direcção dos Cuidados de Saúde

Entre os outros factores que afectam a mortalidade materna, figuram aspectos sócio-culturais como a violência doméstica, o machismo e taxas relativamente elevadas de analfabetismo entre as mulheres, sobretudo nas zonas rurais; além disso, 36% dos lares estão a cargo de mulheres solteiras.

3.2.5 Saúde dos Adolescentes

Cerca de 24% da população tem entre 11 e 18 anos e constitui um grupo vulnerável face à morbilidade e mortalidade devidas a um conjunto de doenças evitáveis, sejam elas transmissíveis, ligadas ao meio ambiente, ou a hábitos e comportamentos. Este grupo não beneficia de atenção especial na formulação de políticas e estratégias intersectoriais.

Segundo um estudo sobre o comportamento de adolescentes e jovens fora do sistema escolar, em relação à saúde reprodutiva, realizado em 2001 pelo Ministério da Educação, Cultura, Juventude e Desporto, cerca de 20% dos inquiridos com idade inferior a 17 anos tinham vida sexual activa e conheciam os riscos de relações sexuais sem protecção. Este facto, aliado à falta de acesso a serviços de planeamento familiar e de saúde reprodutiva vocacionados para adolescentes e jovens, contribui para um número importante de interrupções voluntárias de gravidez (IVG) realizadas fora do sistema hospitalar, com uma elevada incidência de complicações pós-aborto.

Segundo o mesmo estudo, 37,5% das raparigas inquiridas com idade entre 15 e 17 anos revelaram ter recorrido à IVG. No mesmo ano, foram atendidos no hospital Ayres de Menezes 580 casos de complicações pós-aborto provocado, dos quais mais de 10% dizia respeito a raparigas com idade inferior a 17 anos.

A pobreza é um factor transversal, que aumenta a vulnerabilidade deste grupo.

3.2.6 Nutrição

De acordo com os resultados do MICS-2000, em STP, cerca de 13 % das crianças menores de 5 anos sofrem de insuficiência ponderal e 2% de insuficiência ponderal grave; os níveis actuais de subnutrição crónica (atraso no crescimento) e de subnutrição global (insuficiência ponderal) correspondem a 13% nas crianças menores de 5 anos. A anemia nutricional (deficiência em ferro) está presente em mais de 6% da população estudada com valores de hemoglobina inferiores à norma.

A malnutrição está directa ou indirectamente implicada em 15% dos casos de óbitos em menores de 5 anos.

A insuficiência ponderal à nascença afecta 18% (MICS-2000). Cerca de 64% das crianças com 4 meses recebem aleitamento materno em exclusivo (MICS-2000).

O bócio endémico (deficiência de iodo) é um problema de saúde pública, com 62,8% de bócio total (visível e invisível mas palpável), sendo que 0,4% correspondem ao bócio visível. Estes resultados são de um estudo sobre o bócio endémico em STP, realizado em 2001.

Somente 3% das crianças de 6 a 59 meses receberam a suplementação em vitamina A.

3.2.7 Outros determinantes da saúde

a) Comportamentos de risco

O consumo abusivo de produtos que representam riscos elevados para a saúde, como o álcool, tabaco, drogas ilegítimas, hábitos alimentares prjudiciais, práticas sexuais sem protecção adequada e pouca disponibilidade para a prática de actividades desportivas, são também factores que podem contribuir para o aumento da morbilidade e da mortalidade.

Observa-se um grande fluxo migratório da população rural para a área urbana, o que começa a constituir um factor que favorece a prostituição, a dependência química e a violência, que têm vindo a aumentar, embora não existam dados factuais suficientes para uma comprovação [6].

Etudos parciais realizados em 2003 sobre o comportamento, numa amostra de 586 indivíduos (290 rapazes e 296 raparigas), mostram que, no grupo estudado, 30,5% das raparigas e 36,4% dos rapazes fumavam. O álcool é consumido por 32,5% das raparigas e 32,1% dos rapazes entre os 15-17 anos e 66,9% das raparigas e 65,8% dos rapazes entre os 18-24 anos. 25% das raparigas e 33,3% dos rapazes dos 15-17 anos e 75% das raparigas e 33% dos rapazes dos 18-24 anos consomem marijuana. Embora no momento do estudo isso ainda não constituísse prática generalizada, sabe-se que o uso de drogas injectáveis já existe no país [7].

b) Saúde e meio ambiente

Se bem que São Tomé e Príncipe disponha de abundantes fontes de água doce de superfície, existe ainda uma parte da população que não tem acesso a água potável. A maioria da água consumida provém de fontes naturais. A sua qualidade é satisfatória na origem, mas deteriora-se no seu curso, devido ao mau estado da rede de canalização e à inexistência de protecção das captações, à crescente poluição fecal e à utilização de pesticidas e fertilizantes agrícolas.

[6] Fonte: Plano de Acção "Cidade Saudável", Câmara Distrital de Água Grande, São Tomé, Junho de 2001
[7] Relatório de STP sobre a implementação da Convenção dos Direitos da Criança – CCR/C/8/ADD.49, Abril 2004

Num universo de 33.887 alojamentos, 8,2% dispõem de água canalizada no interior, 16,5% têm água canalizada nos quintais, 49,2% abastecem-se nos chafarizes públicos, 12,1% consomem água das nascentes, 11,5 % utilizam água de rios e ribeiras e 2,4% utilizam outras fontes de abastecimento de água não especificadas (RGPH 2001)

No que respeita a instalações sanitárias, no mesmo universo, 12% dispõem de casa de banho completa, 4,6% dispõem de sanitário, 8,4% utilizam latrina e 75% não possuem qualquer instalação sanitária. (RGPH 2001).

O saneamento do meio não está estruturado, nem existe um sistema de evacuação das águas utilizadas. Apenas a cidade de S.Tomé dispõe de um velho sistema, sem manutenção e drenagem, das águas pluviais em forma de esgotos, ao longo das principais ruas. Os resíduos sólidos só são colectados na capital e não há tratamento diferenciado para lixos tóxicos e hospitalares, o que tem provocado, entre outras consequências, o aumento de população de ratos, agravada pelo facto e os seus predadores serem escassos e estarem em vias de extinção.

A população em geral tem pouco conhecimento e pouca consciência no que respeita a importância do ambiente para a saúde e o desenvolvimento sustentável.

Este problema, embora generalizado a todo o país, tem particular importância na cidade de São Tomé e num raio de 10 Km desta onde, devido ao êxodo rural, se concentram cerca de 70% dos habitantes do país.

Existe um projecto lei que regulamenta as actividades relacionadas com os lixos e está prevista a construção de um aterro sanitário. Há também iniciativas privadas neste campo. Por outro lado, estão formuladas recomendações sobre a gestão dos lixos hospitalares que aguardam implementação.

3.2.8 Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde

a) Politicas, estratégias e reforma sectorial

Em 1998, iniciou-se um processo participativo de Reforma do Sector da Saúde cuja primeira fase, de concepção e elaboração dos documentos fundamentais, teve o seu ponto alto em 1999, com a formulação do documento de Política Nacional de Saúde/ PNS, prosseguindo em 2000 com a elaboração da Carta Sanitária e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário/PNDS.

A política sanitária adoptada pelo governo desde 2000 promove a integração plena da saúde no desenvolvimento, tendo como princípios a equidade, a universalidade, a integridade e a optimização dos recursos; a sua base é o desenvolvimento do distrito sanitário através da estratégia dos cuidados primários de saúde e o desenvolvimento de parcerias.

No que se refere ao Serviço Nacional de Saúde, este rege-se por princípios de descentralização, hierarquização da rede dos serviços, capacidade de resolução dos problemas a todos os níveis, recurso a critérios epidemiológicos e estatísticos, complementaridade entre os sectores privado e público da saúde e comparticipação da população na recuperação de custos.

O PNDS, que tem informado a tomada de decisões, ainda não foi aprovado pelos órgãos competentes. As suas linhas fortes são:

(i) formulação de uma política de recursos humanos, enquanto elemento essencial para o desenvolvimento do sector, promovendo a motivação e satisfação dos profissionais através da formação e de modalidades de remuneração justas, associadas à exigência de qualidade no desempenho;

(ii) introdução de alterações no perfil organizacional das instituições de saúde do país, para tornar o sistema mais leve e ágil do ponto de vista administrativo, garantindo a eficácia dos serviços e regulamentando o sistema através da coordenação efectiva dos vários níveis;

(iii) a descentralização e delegação das responsabiolidades de gestão e prestação de cuidados de saúde, bem como a transferência de recursos para o nível distrital, assumem um papel de relevo, como meio de aumentar o nível de exigência quanto à eficácia e qualidade dos serviços prestados;

(iv) melhor financiamento da saúde, designadamente pela mobilização e alocação acrescida de recursos financeiros, variando as opções e as fontes internas e externas de financiamento, e pela eliminação de desperdícios e maior eficiência na distribuição e aplicação dos recursos financeiros.

Estes documentos têm servido de referência ao Ministério da Saúde na planificação e implementação das diversas intervenções e Programas de Saúde em curso, embora o processo de reforma, no seu todo, não esteja a ser implementado como previsto. Entre as razões para tal podem salientar-se a descontinuidade na condução politica (mudança constante de ministro) instabilidade institucional, fraca coordenação intra e inter-sectorial, além da falta de revisão e adequação da legislação, das estratégias e calendários propostos.

Por outro lado, uma das principais debilidades do sistema de saúde é a insuficiência de pessoal qualificado e a ausência de um sistema de informação e de gestão.

b) Organização do sistema e das infraestruturas sanitárias

O sistema de saúde é constituído por uma estrutura piramidal, em consonância com a divisão política administrativa do País, e integra dois níveis: o central e o distrital [8].

A nível central, o Ministério da Saúde assume a implementação da política sanitária, cabendo-lhe a responsabilidade nos domínios da planificação, organização, coordenação e controlo na implementação de projectos e programas de saúde.

A nível distrital, o distrito sanitário responsabiliza-se pela prestação de cuidados de saúde de base à população e às comunidades e é dirigido pelo delegado distrital de saúde. As actividades incidem sobre cuidados médicos, pequena cirurgia, laboratório, farmácia, cuidados materno-infantis, medicamentos e consultas médicas. Os aspectos de saúde pública, nomeadamente a prevenção e a promoção, não têm tido a atenção que merecem a este nível. O Hospital Manuel Quaresma Dias da Graça, na região autónoma do Príncipe, exerce funções de Centro de Saúde com internamento e maternidade. Note-se que esta região corresponde a um distrito sanitário.

A rede de estruturas é constituída por dois Hospitais, seis Centros de Saúde [9] (três dos quais com capacidade de internamento), 21 Postos de Saúde e 21 Postos Comunitários de Saúde e é geograficamente acessível à população, apesar da deficiente rede de transportes públicos. Muitas infraestruturas são obsoletas, sobretudo quanto à distribuição de espaço e equipamento. É notória a falta de camas para maternidade nos distritos.

O Hospital Dr. Ayres de Menezes, sendo o hospital de referência, é solicitado sobretudo para cuidados médicos de atenção primária, com elevadas taxas de ocupação, o que se reflecte de modo negativo na qualidade da atenção terciária, sua principal função.

O Centro Nacional de Endemias (CNE) é a estrutura do Ministério da Saúde que se ocupa das doenças não transmissíveis. No entanto o paludismo, e o fardo que representa, faz com que as outras doenças não transmissíveis não mereçam a atenção que lhe é devida.

[8] - Plano Estrategico Nacional para fazer regredir o Paludismo em STP (2000)
[9] - Politica Nacional de saude, 1999

Não há no país um laboratório de saúde pública e os existentes não têm capacidade para responder à necessidades das doenças actuais e emergentes.

A estratégia da AIDI foi introduzida em 2001 e está actualmente em implementação nos dois distritos mais populosos (MeZochi e Água Grande), o que corresponde a cerca de 70% da população infantil.

Verificou-se uma actividade crescente das ONG nos domínio dos cuidados de saúde, sobretudo a nível comunitário. Estas actividades podem vir a constituir um problema, a menos que sejam regulamentadas e supervisionadas pelo Ministério da Saúde.

O sector privado é incipiente e só alguns privilegiados podem aceder a ele.

3.2.9 Recursos humanos

O Departamento de Recursos Humanos encontra-se quantitativa e qualitativamente desfalcado de técnicos para formular e implementar uma política e um Plano Nacional de Desenvolvimento dos recursos humanos, sendo por isso imperativo que se promova a qualificação de uma equipa apta a gerir recursos humanos.

Da análise da situação dos recursos humanos da saúde, resultam alguns problemas essenciais ligados à gestão, incluindo a distribuição inadequada dos recursos disponiveis e a inexistência de uma base de dados que possibilite identificar a distribuição da força de trabalho e propôr a contratação ou formação de profissionais que assegurem o desenvolvimento e reforço da Escola de Formação de Quadros de Saúde.

Os quadros enviados para o exterior para graduação e pós-graduação não regressam, ou abandonam o sector e enveredam por outros meios de ocupação, alheios ao Sistema Nacional de Saúde, ou emigram. Isto deve-se à má gestão dos recursos, caracterizada por falta de incentivos, ausência de progressão na carreira e baixos salários, insuficientes para responder às necessidades individuais e familiares.

Quanto à formação de recursos humanos, a maior dificuldade é alheia à esfera de acção do Ministério da Saúde. Consiste na inexistência de instituições formadoras de profissionais. Todos os profissionais de nível superior são formados fora do país, o que acarreta uma grande dependência da cooperação estrangeira e onera os cofres públicos.

Apesar do baixo número de cursos realizados, a Escola de Formação de Quadros de Saúde representa, na actualidade, o meio mais acessível para qualificar uma parcela da força de trabalho para o Sistema Nacional de Saúde. No entanto, a mesma dispõe de um número muito reduzido de docentes, tem fraca capacidade de gestão e não efectua uma actualização qualitativa dos quadros existentes, nem dos programas de formação[10] .

Para cada 10.000 habitantes existem 5 médicos, 0, 7 dentistas, 12 enfermeiros, 37 parteiras; há um farmacêutico para todo país. Em 2000, existiam 72 médicos no país.

3.2.10 Sistema Nacional de Informação e vigilância epidemiológica

Foi elaborado um plano de acção para implementar um sistema único de informação sanitária operacional, no âmbito do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário o qual, até ao momento, não foi implementado. Os recursos humanos receberam a formação adequada, mas ainda não se instalaram os equipamentos informáticos, que serão disponibilizados pelo BAD.

A nível dos Postos e Centros de Saúde, todas as actividades relativas à saúde reprodutiva, consultas, hospitalizações e laboratório são registadas. No entanto, alguns formulários de notificação referentes à vigilância epidemiológica das doenças dão informações duplicadas e divergentes, devido à disparidade entre os conceitos utilizados para os indicadores.

A análise e exploração dos dados é feita por técnicos de estatística ou de vigilância epidemiológica, ou ainda por agentes provenientes do nível central, o que não favorece uma real implicação dos colectores de dados. A colecta de dados efectua-se apenas para o envio ao nível central, não havendo quase nenhuma utilização desses dados para planificação, seguimento ou avaliação ao nível distrital, nem retro-informação ao distrito sanitário.

A nível central, diversos Departamentos ou Programas (Departamento de Estatística do Ministério da Saúde, Secção de Vigilância Epidemiológica, Programa de Saúde Reprodutiva, Programa Nacional de Luta contra o Paludismo) possuem os seus próprios sistemas verticais de recolha dos dados registados a nível periférico, através de pontos focais residentes ou de agentes enviados periodicamente.

[10] - RELATÓRIO Consultora: Janete Lima de Castro, OMS, Brasil, Fevereiro 2000 e Relatório dos recursos humanos de Evelize Fresta e Deodato Xavier, Novembro de 2000.

3.2.11 Medicamentos essenciais e Medicina Tradicional

A Politica Farmacêutica Nacional e a legislação correspondente, embora elaboradas, ainda não foram adoptadas.

No respeitanto aos medicamentos, os serviços de saúde deparam-se com algumas dificuldades, tais como: fragilidade do sistema em termos de organização e de coordenação; preços e financiamento inadequados e com uma taxa aduaneira ainda bastante elevada para os medicamentos, o que dificulta o acesso das populações a este bem de base; dificuldades diversas no uso racional de medicamentos (falta em quantidade e qualidade de quadros farmacêuticos, não actualização de formulário terapêutico, entre outras)[11].

Devido aos factos já citados, estão a ser elaborados instrumentos jurídicos para a transformação do Fundo Nacional de Medicamentos em Central de Abastecimento em Medicamentos Essenciais, garantindo aos parceiros uma participação mais activa e eficaz. Esta nova entidade precisará de uma forte ajuda na fase inicial de estruturação e arranque.

Os Servicos de Saúde e o FNM são aprovisionados em medicamentos essenciais genéricos, embora com algumas rupturas de stock.

Os donativos de medicamentos são uma realidade no circuito dos medicamentos no sector público. A sua importância é variável e as fontes estão todas ligadas à cooperação internacional, o que levanta alguns problemas, na medida em que os medicamentos são doados no quadro de programas com duração limitada. A contribuição do Estado tem vindo a aumentar de ano para ano. Presentemente, o principal doador de medicamentos é Taiwan.

Constata-se que uma fracção importante da população recorre à medicina tradicional, embora não existam dados factuais sobre a matéria e nem uma organização do sector.

3.2.12 Financiamento do sector da saúde

Constata-se que o Estado tem feito esforços no sentido de aumentar a parte da saúde no OGE, que foi de 8% em 2002, 15% em 2003 e 19% em 2004; isso corresponde a um crescimento de 6% a 10% do PIB, ultrapassando os compromissos assumidos pelos Chefes de Estado e de Governo africanos em Abuja (15%). Entretanto, a distribuição desses recursos não é equitativa e não reflecte os investimentos feitos.

[11]- Bases para uma Politica Farmacêutica, 30 de Julho-11 de Agosto 2000;

Os principais problemas que resultam da análise de situação resumem-se em:

(i) inadequação do Sistema Nacional de Saúde;

(ii) elevada taxa de morbilidade e mortalidade;

(iii) debilidade nas parcerias e na coordenação no sector da saúde;

(iv) contexto politico e macro-económico desfavorável ao desenvolvimento do sector;

(v) influência negativa de algumas determinantes da saúde. Daqui resultam, entre outras consequências, a inequidade e o estado de saúde precária.

Da análise dos problemas acima mencionados, resultam os desafios que poderão contribuir para a melhoria da saúde das populações:

3.3 Desafios para o desenvolvimento do sector da saúde

Figura 1: Factores que influenciam o estado da saude da população

Governação

- *Criar um ambiente politico, institucional e económico que favoreça a valorização e distribuição dos recursos nacionais e externos, incluindo do petróleo, tendo em vista a redução da pobreza e a melhoria do estado de saude das populações;*
- *Assegurar a continuidade das políticas e estratégias nacionais, diminuindo a instabilidade institucional;*
- *Criar mecanismos de coordenação e prestação de contas referentes aos recursos do Estado e dos parceiros de desenvolvimento para a Saúde ;*
- *Reduzir as iniquidades sociais, geográficas, financeiras e de género que afectam o estado de saúde da população ;*

Desenvolvimento do Sistema de Saúde

- *Melhorar o desempenho do Serviço Nacional de Saúde (politicas, legislação, estratégias, programas, etc) ;*
- *Tornar funcional a rede sanitária, melhorando a análise e o acesso em todas as vertentes ;*
- *Fortalecer a capacidade de resolução dos níveis distritais e promover a participação da comunidade*
- *Assegurar a repartição equitativa e adequada dos Recursos Humanos para a Saúde ;*
- *Tornar eficaz o Sistema Nacional de Informação Sanitária e reforçar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para o controlo das doenças transmissíveis, não transmissíveis e emergentes*
- *Assegurar o acesso geográfico e financeiro da população aos medicamentos essenciais de qualidade;*
- *Criar mecanismos de coordenação e regulamentação de parceria e velar pelo seu funcionamento.*

Ambiente Favoravel à Saúde

- *Melhorar o estado nutricional das populações, principalmente reduzindo o impacto da malnutrição na saúde*
- *Melhorar o acesso a água potável e as condições de saneamento no país ;*
- *Reduzir os factores de risco ambiental, laboral, e comportamentais (tabaco, sedentarismo, obesidade, álcool, acidentes, intoxicações, substâncias psicoactivas) e promover estilos de vida saudáveis.*

4. AJUDA AO DESENVOLVIMENTO: FLUXOS, INSTRUMENTOS E COORDENAÇÃO

4.1 Tendências gerais da ajuda

A ajuda externa constitui uma fonte muito importante para os fundos públicos do sector da saúde. O seu peso é demonstrado no quadro abaixo, referente aos anos fiscais entre 1997-2000.

Quadro 5: Despesas totais da saúde em preços constantes, STP, 1997-2000

Despesas totais da saúde em preços constantes em milhões de dobras					
Ano	Despesas totais fiscal	Financiamento Estado	Financiamento externo	% da ajuda externa	% contribui-ção estatal
1997	21.077.489.816	5.910.243.459	15.167.246.397	72.0	28.0
1998	82.850.310.366	6.451.188.132	16.399.121.614	71.8	28.2
1999	21.993.412.694	4.478.892.847	17.514.519.847	79.6	20.4
2000	26.542.850.690	5.625.963.280	20.916.887.360	78.8	621.2

Fonte: Revue des dépenses santé, WB-2000

O país não tem capacidade para negociar acordos, implementá-los, segui-los e avaliá-los; assim, aproveita mal as oportunidades de reforço de parcerias para o desenvolvimento sanitário, em parte devido à tendência para limitar o âmbito da cooperação aos aspectos do financiamento.

4.2 Principais parceiros e áreas de intervenção no sector da saúde

4.2.1 Cooperação Bilateral

a) Portugal

A intervenção da cooperação portuguesa incide essencialmente sobre a evacuação e tratamento de doentes em Portugal, devido às carências de vária ordem em São Tomé e Principe, incluindo os meios de diagnóstico, numa média anual de 250 doentes. Nesse contexto, Portugal apoia também a evacuação interna de doentes entre as ilhas de São Tomé e do Príncipe, afectada pela carência em meios de comunicação. A construção da EFQS foi financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian e o seu funcionamento conta com o apoio da cooperação portuguesa, embora os cursos sejam

financiados pela OMS. Por outro lado, a cooperação portuguesa está também presente no programa tripartido (EUA/Portugal/São Tomé e Príncipe) de luta contra o Paludismo e tem propiciado assistência técnica com missões em áreas médicas especializadas, como oftalmologia, ortopedia, cardiologia, endoscopia e outras.

b) Brasil

A cooperação brasileira com S. Tomé e Principe inclui as seguintes áreas de intervenção:

1. apoio à implementação de acções de luta contra HIV/SIDA, nomeadamente no fornecimento de medicamentos anti-retrovirais e capacitação de quadros médicos;
2. apoio no desenvolvimento dos recursos humanos da saúde, nomeadamente formação, reforço das capacidades e especialização em diversas áreas profissionais;
3. formação de quadros de nível superior, especialistas e bacharéis;
4. cooperação no domínio de desenvolvimento de IEC, nomeadamente na luta contra o HIV/SIDA, paludismo, etc.

c) Estados Unidos da América

Os EUA cooperam com São Tomé e Príncipe nas áreas seguintes: infraestruturas, apoio técnico, manutenção de equipamento, fornecimento de materiais e equipamentos, intervenção em programas da saúde (Paludismo,HIV/SIDA)

d) República da China (Taiwan)

As áreas de intervenção da cooperação deste país incidem essencialmente na reabilitação ou construção de infraestruturas sanitárias, no equipamento das mesmas, fornecimento de medicamentos e outros consumíveis, gestão de estruturas sanitárias, apoio técnico para o envio de missões a diveras áreas, especificamente no combate e erradicação do paludismo, e apoio financeiro ao Ministério da Saúde.

4.2.2 Cooperação Multilateral

a) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

As áreas de intervenção do PNUD são essencialmente: boa governação, centrada na gestão eficaz e transparente dos recursos petrolíferos ; reforço das capacidades nacionais ; gestão dos recursos humanos ; redução da pobreza e promoção de modos

de vida sustentáveis. Estas áreas de intervenção têm um efeito sobretudo indirecto no sector da saúde, nomeadamente em termos de mobilização, distribuição e gestão dos recursos humanos e financeiros na base dos princípios de transparência, bem como na apresentação e controlo de contas.

b) Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)

A presença do BAD em São Tomé e Principe é já antiga. As principais áreas de intervenção têm sido infraestruturuas sócio-económicas, como estradas. A agricultura, pecuária, educação e saúde também têm sido beneficiadas pela intervenção do BAD, tanto em São Tomé como no Príncipe, através de projectos de água, saneamento e de luta contra doenças de origem hídrica. O BAD contribuiu também para três programas sucessivos de Ajustamento Estrutural, assim como para o projecto de luta contra a pobreza.

c) Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

A Representação do UNICEF em São Tomé e Príncipe depende do Escritório da Zona Sul do Golfo da Guiné sedeada em Libreville e que coordena igualmente os escritórios da Guiné-Equatorial e do Gabão. Os escritórios de São Tomé e Príncipe e da Guiné Equatorial são dirigidos por um responsável do mesmo.

A representação do UNICEF em São Tomé e Príncipe colabora com o país através de um programa de cooperação com duas componentes: o programa de serviços de base e o programa de planificação social, seguimento e avaliação. O programa de serviços de base incide na luta contra o paludismo, vacinação e suplementação em Vitamina A, cuidados de saúde para a infância, programa de nutrição (utilização de sal iodado), saneamento do meio ambiente e luta contra o HIV/SIDA. O programa de planificação social, seguimento e avaliação privilegia a elaboração e a implementação de políticas sectoriais para os direitos da criança e das mulheres, destacando a educação das raparigas. Ambos os programas têm apoio de um jornalista para informação e comunicação.

d) Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)

Esta agência presta ajuda a S. Tomé e Príncipe em questões relacionadas com os serviços integrados na área de Saúde Reprodutiva, os censos da população e nas áreas de desenvolvimento e problemática do género, com vem fazendo desde a sua instalação no país. Relativamente à saúde reprodutiva, centra as actividades na planificação familiar e na saúde sexual, no controlo pré-natal, parto, pós-parto, seguimento da criança e criação de centros de escuta e aconselhamento nas escolas. Esta agência tambem participa na formação de recursos humanos e na aquisição de equipamentos médicos, consumíveis (farmacêuticos e reagentes de laboratório).

4.2.3 Sociedade Civil

a) As ONGs e o sector privado

A ausência de dados não permite determinar correctamente o papel da sociedade civil, de maneira geral, e das ONG, em particular, nos esforços de desenvolvimento do país; porém, a sua intervenção tem vindo a acentuar-se.

Calcula-se que existem cerca de 70 ONGs actuando no país com apoios do Governo e de parceiros bi- e multilaterias. A proliferação de ONGs e a necessidade de se assegurar uma maior coordenação das mesmas levou, entre outras medidas, à criação, em 2002, de uma Federação das ONG (FONG, que conta com 55 ONG filiadas, todas contribuindo directa ou indirectamente para o sector da saúde. O processo de preparação de dispositivos legais que as regulamentem está em curso, mas os mecanismos de coordenação são ainda fracos.

Os grandes objectivos da FONG são: (i) reconhecer todas as ONG operando no país; (ii) promover uma maior coordenação e cooperação entre o Governo e as ONG e; (iii) promover o fortalecimento das ONG nacionais para garantir a sustentabilidade das mesmas.

A FONG foi beneficiada com parte do projecto de apoio aos sectores sociais financiado pelo Banco Mundial, em particular o Fundo Japonês para Desenvolvimento Social. Este projecto contribuirá para o reforço das capacidades das ONG, saneamento básico, medidas de sensibilização para o combate às DST e HIV/SIDA.

O sector privado (com fins lucrativos) no sistema de saude é ainda incipiente. Há a salientar que a presenca de postos de saude comunitários (sem fins lucrativos) tem contribuido para a prestação de cuidados primários de saude.

b) Instituto Valle Flor (ONG)

A ONG Valle Flor está a operar em S. Tomé e Príncipe há quase 20 anos, no distrito de Mé-Zochi ; também actua no de Cantagalo desde 1995. A sua intervenção está virada para actividades curativas e preventivas, sendo aquelas com recuperação de custos. A sua área preventiva está mais virada para o saneamento do meio, incluindo a construção de latrinas, fontes de água protegida e actividades de desparasitação nas comunidades.

c) Zatona Adil (ONG)

A Zatona Adil coopera no domínio de saneamento do meio, mais concretamente na construção de latrinas. Participou activamente na implementação da Iniciativa de Bamako nos distritos de Lobata e de Lembá, havendo ainda alguns postos comunitários em funcionamento. Infelizmente, por falta de financiamento não foi possível a continuidade desta iniciativa.

d) Diocese de São Tomé e Príncipe

A cooperação com a Diocese tem incidido na área de informação e educação para a saúde, particularmente na luta contra o paludismo, para além da ajuda técnica prestada no HAM e nos Centros e postos de saude.

e) Câmara de Comércio, Indústria, Agricultura e Servicos (CCIAS)

A CCIAS constitui um dos principais parceiros sociais do Governo, com o qual tem mantido boas relações na base do Acordo de parceria estratégica. Assim, têm consultas regulares sobre os principais aspectos de desenvolvimento, incluindo os ligados ao sector da saude, como a lutra contra a pobreza, luta contra o paludismo, HIV/SIDA, medicamentos e farmácias.

4.3 Mecanismos e instrumentos de coordenação

Constata-se a ausência de uma política de relacionamento e coordenação interna e externa entre o Ministério da Saúde, ONG, Sector Privado, Agências Internacionais; daí resulta, por vezes, a duplicação desnecessária de actividades e, noutros casos, a falta de coordenação de alguns projectos e das acções das ONG no terreno, agravada pela fraca integração dos quadros nacionais na elaboração, execução, avaliação e monitorização dos projectos e programas, para não mencionar a descontinuídade e falta de complementaridade nas intervenções.

A coordenação é um problema, tanto a nível dos parceiros de desenvolvimento como do próprio Governo. Têm sido feitos esforços no sentido da sua melhoria e valorização como factor de desenvolvimento. Nesse contexto, o Governo criou uma Comissão de Coordenação com os parceiros, que reunia trimestralment, englobando, a nível governamental, os Ministérios dos Negócios Estrangeiros e da Cooperacão e do Plano e das Finanças. A comissão é coadjuvada por um Comité técnico de acompanhamento. A instabilidade político-institucional que abalou o país conduziu à paralisia desses dois mecanismos. Porém, reconhece-se a boa vontade politica em retomar e dinamizar esses mecanismos.

Em meados de 1999, foi criado no Ministério da Saúde o Comité de Coordenação Inter-Agências, integrando, para além de organismos governamentaios, como os Ministérios da Saúde, dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e do Plano e Finanças, parceiros de cooperação bilateral e multilateral e ONG. Até ao momento, esse Comité vem dedicando a sua atenção às acções relativas ao reforço da vacinação de rotina e à introdução de novas vacinas, bem como as acções relativas à luta contra o paludismo, SIDA e tuberculose.

Entre os parceiros, têm sido igualmente feitos esforços, nomeadamente em termos de trocas regulares de informações e de consultas permanentes.

No que concerne aos instrumentos de coordenação, constata-se uma ausência de políticas que regulamentam as relações e a coordenação interna e externa entre o Ministério da Saúde, as ONG, o sector privado e as agências internacionais; esta situação facilita a duplicação inútil de actividades e noutros casos a falta de coordenação de certos projectos e de acções das ONG no terreno, o que ainda é agravado pela fraca participação dos quadros nacionais na elaboração, execução, avaliação e monitorização dos projectos e programas.

Assinalam-se os esforços já desenvolvidos no sentido de dotar o país de instrumentos que facilitem a coordenação. Neste contexto, alguns instrumentos foram já elaborados, tais como a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, do plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario, os Planos Estrategicos Nacionais de luta contra o Paludismo e o HIV/SIDA. Torna-se importante desenvolver acções de advocacia no sentido de fazer com que esses instrumentos sirvam efectivamente de referência para qualquer intervenção no sector da saúde.

5. PROGRAMA ACTUAL DE COOPERAÇÃO OMS/PAÍS

5.1 Historial

O acordo de base entre a Organização Mundial da Saúde e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe foi assinado em 9 de Maio de 1976, na altura em que o país se tornou membro da Organização.

O Escritório da Representação da OMS começou por estar sediado no Ministério da Saúde, sendo dirigido por um coordenador nacional. Em 1987, passou a ter um Representante internacional e em 1988 transferiu-se para instalações próprias, em edificio cedido pelo Governo e reabilitado pela OMS para esse efeito. Em Julho de 1999, por solicitação do Governo, a Representação mudou-se para as instalações da Casa das Nações Unidas em S.Tomé, onde permanece até agora. Este facto teve um impacto negativo considerável nas despesas de funcionamento, diminuindo assim a percentagem de fundos que se poderiam atribuir aos programas. Impõe-se, por conseguinte, uma reflexão global a nivel de todo o Sistema das Nações Unidas sobre as vantagens e os inconvenientes da politica de utilização do edificio comum das Nações Unidas. Desde já, poder-se-ia pensar na possibilidade de a sede da OMS suportar directamente essas despesas e convidar o Governo a rever o estipulado nos Acordos de cooperação.

A Representação teve três representantes internacionais, nos períodos 1987-91, 1991-98 e desde 1998 até ao presente. Num país caracterizado por grande instabilidade institucional, esta estabilidade de permanência faz com que o Representante e a sua equipa surjam como uma "memória institucional do sistema de saúde", impedindo repetições e duplicações. Por outro lado, pode limitar a acção da equipa a aspectos rotineiros e burocráticos de funcionamento e criar uma certa cumplicidade com as contrapartes nacionais e à perda de neutralidade.

a) Recursos Humanos

No primeiro ano de existência, a Representação contou com apenas um coordenador nacional, uma secretária e um motorista, tendo o número de membros da equipa aumentado progressivamente, até atingir 14; actualmente, a equipa é constituída por 12 pessoas: 1 Representante e 5 profissionais (4NPOs e 1 SSA em tempo parcial); 1 assistente administrativo, 2 secretárias e 2 motoristas. Em termos de género, 5 mulheres e 6 homens.

b) Serviços de Apoio

A Representação conta com 5 viaturas automóveis e uma bicicleta motorizada para as suas actividades, prestando igualmente apoio pontual ao Ministério da Saúde, por exemplo para inquéritos no terreno e campanhas de vacinação. È de notar que os equipamentos e viaturas, além de serem insuficientes, já ultrapassaram o tempo de vida útil previsto, não tendo sido substituidos por insuficiência de verba orçamental. Os serviços gerais são fornecidos através do condomíno da casa das Nações Unidas.

c) Recursos financeiros

Quadro 6: Orçamento ordinário e outras fontes, STP 2000-2005

Biénio	Orçamento regular US$	Outras fontes US$ Real	A mobilizar	Total US$ Executado/Programado	GAP
2000-2001	1.762.000	689.000		2.451.000	
2002-2003	1.703.000	213.000		1.916.000	
2004-2005	1.676.000	0	744.100	2.420.100	744.100

Fonte: OMS

Constata-se que houve um decréscimo em 2002-2003 em relação ao orçamento ordinário e outras fontes; esta tendência mantém-se no biénio em curso (2004-2005), nomeadamente no que respeita ao orçamento ordinário. Quanto aos recursos provenientes de outras fontes, o montante mencionado no biénio actual refere-se aos recursos a serem mobilizados.

Analisando os três programas bienais, a distribuição do orçamento foi a que se observa no Quadro 7.

Quadro 7: Distribuição do orçamento da OMS por área de actividade, STP 2000-2005

Área de actividade	Biénio 2000-2001				Biénio 2002-2003				Biénio 2004-2005			
	RB	%	OS	%	RB	%	OS	%	RB	%	OS	%
Doenças transmissiveis		9,38		31,63		4,5		98			11,34	38
Doenças não transmissiveis e saúde mental		3,33		8,83		1,63		0,93		0		0
Saúde familiar e comunitária		2,03		9,43		9,17		0		13,92		19,78
Desenvolvimento durável e meios favoráveis á saúde		4,58		8,83		1,4		0		3,65		4,3
Tecnologias da saúde e produtos farmaceuticos		6,8		15,37		15,03		0		3,28		9,03
Bases factuais e informação para apoio às políticas		33,58		15,51		20,04		0		23,86		0
Presença da OMS no país		40,12		10,3		46,58		0		43,95		23,52
TOTAL		99,82		99,9		99,47		99,93		100		94,63

Fonte: OMS

As bases factuais beneficiaram, nos três bienios analisados, de uma parte consideravel dos recursos provenientes do orçamento regular, seguindo a área da "Presenca da OMS no País", enquanto que as doenças transmissiveis têm absorvido a maior parte dos recursos de outras fontes. Após um aumento significativo em 2002-2003, "a Presença da OMS no País" sofreu, como se previa, um decréscimo em 2004-2005. Esses esforços devem ser continuados para garantir um melhor equilibrio nos fundos alocados aos programas. No área de actividade "SCC", é de notar a comparticipação da OMS nas despesas globais decorrentes do uso comum do edificio das Nações Unidas. A parte referente à OMS está reflectida no Quadro 8.

Quadro 8: Compaticipação da OMS nas despesas comuns da Casa das Nações Unidas, STP 2000-2004

Tipo de despesas	2000	2001	2002	2003	2004
Despesas comuns	11.731	11.731	39.799	45.862	45.857
(DPCA) Dispensário	19.567	19.567	13.813	21.647	17.319

Fonte: OMS

A OMS gasta em média, por ano, cerca de 31 mil dólares EUA em relação ao DPCA e 18 mil com o dispensário.

É de salientar ainda que que os programas referentes às doenças transmissíveis são mais "atractivos" na mobilização de recursos junto dos parceiros (quadro 8). Por isso foram previligiados os programmas menos "atractivos" através dos fundos regulares. Deve-se igualmente evidenciar que, no âmbito de parceria e de complementariade, outros parceiros, como a UNICEF e FNUAP, contribuem com recursos financeiros, enquanto a OMS cumpre a função de assistência técnica através da equipa-país.

Na programação do biénio em curso, a distribuição dos recursos está em concordância com as prioridades nacionais, sendo o documento de referência o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Apesar disso, o Ministério da Saúde carece de apoio substancial em áreas de cooperação, também importantes, tais como estudos económicos (financiamento, contas nacionais, etc.), política de desenvolvimento dos recursos humanos, gestão e avaliação, para mencionar os mais relevantes.

d) Principais conttribuições da representação no país para o sector da saúde

A equipa-país da OMS assumiu um papel muito activo na concepção de importantes instrumentos para o desenvolvimento do sector da saúde, nomeadamente a Política Nacional de Saúde e o PNDS, os planos estratégicos relativos à iniciativa Fazer Recuar o Paludismo e à luta contra o HIV/SIDA, assim como na revisão e ajustamento da Política de Saúde Reprodutiva, cujos efeitos ainda não são evidentes por ter sido aprovada há pouco.

Graças à acção oportuna e eficaz da equipa, o país não registou epidemias de cólera e de sarampo nos anos recentes, apesar da presença de factores de risco. O contributo para a resposta rápida à recente epidemia de diarreia viral possibilitou uma redução da sua mortalidade e garantiu uma boa coordenação na mobilização de recursos, com os quais essa epidemia foi dominada em seis semanas.

A Representação desempenhou também um papel importante no reforço das capacidades dos quadros nacionais, na área da gestão de programas específicos para participação directa na organização dos distritos de Lobata, Caué, etc.

5.2 Apoio da Sede e do Escritório Regional

O apoio técnico concedido pela Sede e pelo Escritório Regional foi satisfatório; destaca-se, no entanto, o apoio técnico da Região, sobretudo através das antenas regionais. É importante assinalar a contribuição destes dois níveis quanto ao apoio a situações de emergência, nomeadamente na luta contra as epidemias, e a redacção de documentos importantes relacionados com a Política Nacional de Saúde, o PNDS, os planos estratégicos de luta contra o paludismo e SIDA, os diagnósticos da situação dos recursos humanos, os medicamentos essenciais e a revisão ou formulação de políticas. Também tem sido importante no reforço das capacidades dos recursos humanos em vários domínios da saúde, graças à concessão de bolsas e à realização de seminários, que contribuiram para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde dispensados à população.

Apesar da natureza eminentemente técnica da Organização, importa ainda referir o esforço de financiamento desenvolvido em favor do país, tanto pela Sede como pelo Escritório Regional, quer através de fundos do orçamento ordinário, quer de fundos mobilizados junto de outros doadores (GAVI, Fundo Mundial), assim como o apoio ao aprovisionamento de medicamentos e outros consumíveis utilizados no sector da saúde.

Outra dimensão importante a referir é o da advocacia junto dos parceiros para o desenvolvimento.

Apesar de tudo, a Sede e o Escritório Regional não responderam totalmente às solicitações e às carências porque o apoio é, na maioria dos casos, pontual.

5.3 Pontos fortes, pontos fracos, ameaças, desafios e oportunidades da cooperação da OMS com o país

Pontos fortes

- O papel indiscutível de líder mundial da saúde que cabe à OMS, fazendo dela o parceiro privilegiado do Governo no sector, e a capacidade técnica dos seus quadros, que suscitam credibilidade e confiança junto do Governo e dos parceiros para o desenvolvimento;
- A dimensão adquirida pela Representação, como memória institucional;
- O espírito de equipa e as boas relações de trabalho no seio da Representação;
- A boa colaboração com o Ministério da Saúde.

Pontos fracos

- Recursos financeiros insuficientes para satisfazer os pedidos de apoio com vista à implementação do Plano de Acção;
- Fraca visibilidade mediática das acções empreendidas pela Organização no país;
- Dificuldades de comunicação com os níveis regional e mundial, sobretudo em termos linguísticos. A maioria dos documentos são em Inglês, enquanto que a língua oficial é o Português e a segunda língua o Francês; a barreira linguística é um factor que bloqueia a formação dos quadros nacionais;
- Resposta insuficiente da Sede e do Escritório Regional às solicitações da Representação e do Governo;
- Insuficiente interacção entre os quadros do Ministério da Saúde e os da Representação no país.

Ameaças

- Fraca motivação dos profissionais da saúde, instabilidade política e institucional, insuficiência dos recursos financeiros e falta de mecanismos de coordenação entre os parceiros que intervém no sector da saúde;
- Diminuição eventual da ajuda externa destinada ao desenvolvimento do sector da saúde;
- Fuga dos profissionais da saúde;
- Afectação inadequada dos quadros da saúde.

Oportunidades

- Vontade política de melhorar a governação;
- Existência da Política e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário;
- A recente introdução, no Escritório Regional, do novo sistema de gestão e do actual processo de definição da estratégia de cooperação centrada nos países constituem excelentes oportunidades para reforçar e melhorar a cooperação da OMS com o país;
- Programas conjuntos das Nações Unidas (UNDAF), dos PALOP e da CPLP;
- Metas de Desenvolvimento do Milénio;

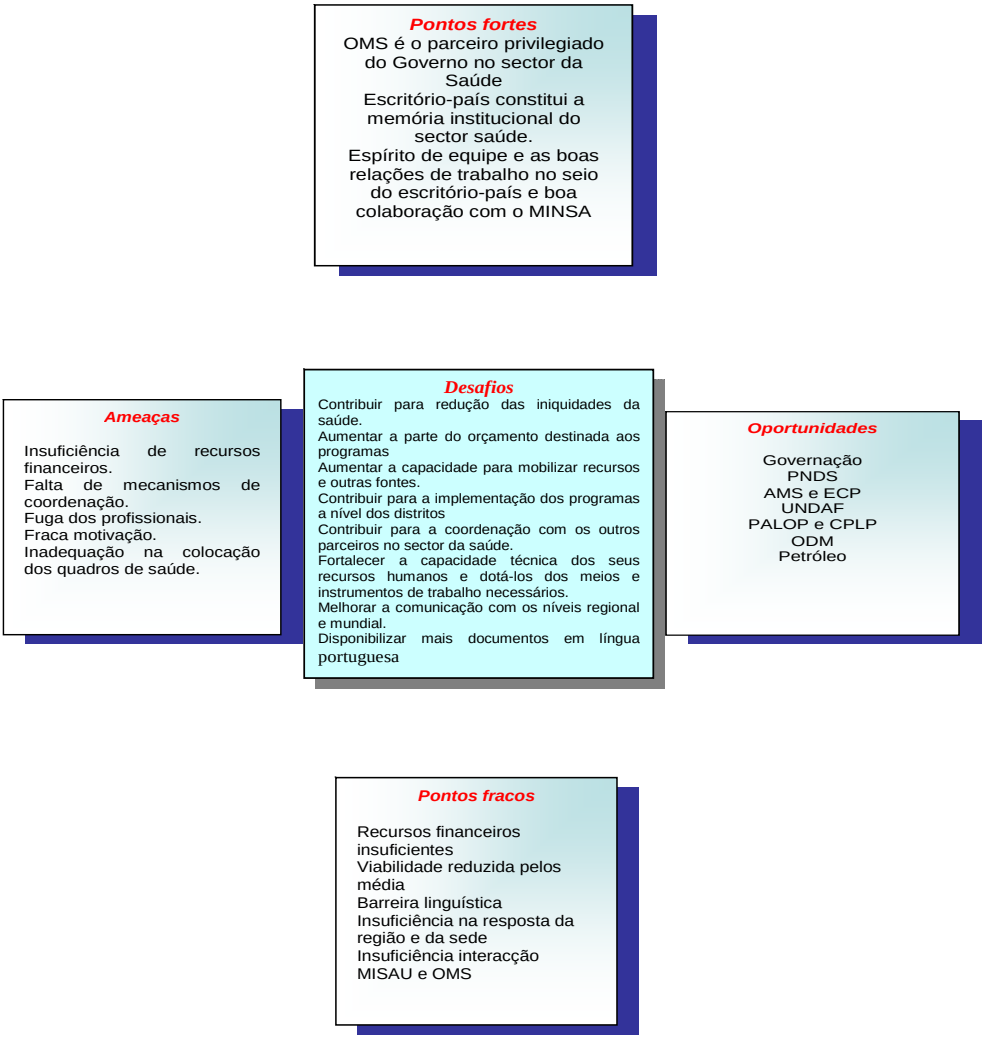
- Entrada do país no grupo dos produtores de petróleo;
- Futura ligação ao GPN

Desafios

À luz do que fica dito, e analisando a cooperação entre a OMS e o país, identificaram-se os seguintes desafios:

- Contribuir para a redução das desigualdades em matéria de saúde;
- Aumentar a parcela do orçamento destinada aos programas;
- Aumentar a capacidade de mobilização de recursos de outras fontes;
- Contribuir para a implementação dos programas a nível distrital;
- Contribuir para a coordenação com os outros parceiros do sector da saúde;
- Reforçar a capacidade técnica dos recursos humanos e dotá-los dos necessários meios e instrumentos de trabalho;
- Melhorar a comunicação com os níveis regional e mundial;
- Distribuir a documentação preferencialmente em Português.

Figura 2 : Interação dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças



6. AGENDA ESTRATÉGICA DA COOPERAÇÃO DA OMS COM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, 2005-2009

6.1 Objectivo geral

Os principais desafios decorrentes da análise da situação apresentada nos capítulos anteriores determinaram a definição do objectivo geral da CEP para 2005-2009 nos seguintes termos: Contribuir para melhorar a saúde da população de São Tomé e Príncipe, graças a um desempenho mais eficaz do Sistema Nacional de Saúde.

6.2 Mudança de orientação

Ao prosseguir o objectivo geral definido acima, espera-se conseguir resultados capazes de estimular importantes mudanças de orientação, nomeadamente:

- uma melhoria substancial do papel do Sistema Nacional de Saúde,
- redução na taxa de mortalidade da população,
- maior eficácia dos programas da saúde,
- um ambiente mais favorável à saúde e
- uma coordenação mais sólida do sector, a par de parcerias estratégicas mais diversificadas.

Refira-se que as mudanças preconizadas se inscrevem num contexto de instabilidade político-institucional persistente, cuja influência não tem favorecido a correcta implementação das políticas e programas para o desenvolvimento, em especial no sector da saúde.

6.3 Componentes da Agenda Estratégica

As componentes estratégicas propostas têm, como pano de fundo, não só os desafios que se deparam ao sector da saúde, mas também as prioridades que o país definiu no seu PNDS. Resultam também das vantagens comparativas da OMS e da especificidade da sua Representação. Neste contexto, definiram-se os seguintes eixos estratégicos:

- Melhorar o desempenho do Sistema Nacional de Saúde;
- Lutar contra as doenças;

- Promover e proteger a saúde.

Para cada eixo estão identificadas as principais áreas de intervenção e as actividades que a OMS se propõe levar a cabo, face aos desafios já referidos.

6.3.1 Melhorar o desempenho do Serviço Nacional de Saúde

Na organização dos serviços de saúde e em termos de áreas de intervenção, esta componente impõe-se, sobretudo, como placa giratória de todas as outras áreas, em sinergia e complementaridade com as áreas de: recursos humanos, medicamentos essenciais, sistema nacional de informação sanitária, saúde reprodutiva, saúde das crianças e dos adolescentes, maternidade sem risco, assim como face às parcerias, coordenação, mobilização de recursos e financiamento do sistema nacional de saúde.

Neste quadro, as intervenções da OMS serão as seguintes:

(i) Apoiar tecnicamente a revisão do enquadramento jurídico que rege o sistema de saúde, nomeadamente a lei-quadro da saúde;

(ii) Dar apoio técnico e financeiro à revisão e implementação da Carta Sanitária, no quadro da reforma do sector;

(iii) Dar apoio técnico e financeiro à formulação e implementação da política e do plano nacional de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;

(iv) Apoiar o desenvolvimento de uma investigação aplicada, capaz de sustentar os programas e facilitar a tomada de decisões;

(v) Advogar em favor da inclusão da componente da saúde na estratégia nacional de redução da pobreza, tendo em conta as Metas de Desenvolvimento do Milénio;

(vi) Apoiar tecnicamente a formulação de políticas e estratégias para a gestão dos recursos e celebração de parcerias, e também para a coordenação e mobilização de recursos;

(vii) Apoiar tecnicamente a concepção da política de financiamento do sector e a elaboração e implementação das contas nacionais da saúde,

(viii) Apoiar a criação de mecanismos de acompanhamento e avaliação do grau de consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde;

(ix) Apoiar tecnica e financeiramente uma exploração correcta do sistema de informação sanitária;

(x) Fazer advocacia em favor do acesso garantido de toda a população a medicamentos essenciais de boa qualidade;

(xi) Em parceria com outros intervenientes no sector da saúde, apoiar as acções relativas à maternidade sem risco e â saúde das crianças, adolescentes e mulheres (Roteiro).

6.3.2 Luta contra as doenças

À luz das experiências anteriores, e tendo em conta as intervenções de outros parceiros, a OMS concentrará as suas intervenções nas doenças transmissíveis; tratar-se-á essencialmente da sua vigilância epidemiológica, prevenção, erradicação e controlo. As doenças não transmissíveis não foram consideradas prioritárias, por falta de dados fiáveis; no entanto, reconhece-se a sua cada vez maior importância no país. Assim, as intervenções serão:

(i) Apoiar o país na expansão da estratégia de atenção integrada das doenças da infância (AIDI)

(ii) Apoiar o país na elaboração de uma política e plano estratégico nacional de luta contra a tuberculose;

(iii) Apoiar o país na concepção de programas integrados de luta contra as doenças prioritárias, por exemplo, o paludismo;

(iv) Apoiar o país na implementação do plano estratégico nacional de luta contra o HIV/SIDA;

(v) Estimular o desenvolvimento de parcerias e trocas de informações;

(vi) Apoiar a implementação do plano estratégico nacional de luta contra o paludismo;

(vii) Apoiar a vigilância das doenças identificadas no sistema nacional de vigilância epidemiológica;

(viii) Apoias as acções visando a sustentabilidade do programa alargado de vacinação (PAV), em parceria com outros actores do sector;

(ix) Apoiar e fazer advocacia em favor da determinação da dimensão das doenças não transmissíveis.

6.3.3 Incremento de acções para reduzir a mortalidade materna, infantil e juvenil

Para aumentar o impacto das estratégias já existentes de redução da morbilidade e mortalidade nestes grupos-alvo, dar-se-á prioridade e aperfeiçoar-se-ão as seguinets acções:

- Apoiar, em parceria com outros intervenientes no sector da saúde, acções relativas à maternidade sem risco e à saúde da criança, do adolescente e da mulher (Roteiro);
- Apoiar no país a expansão da AIDI;

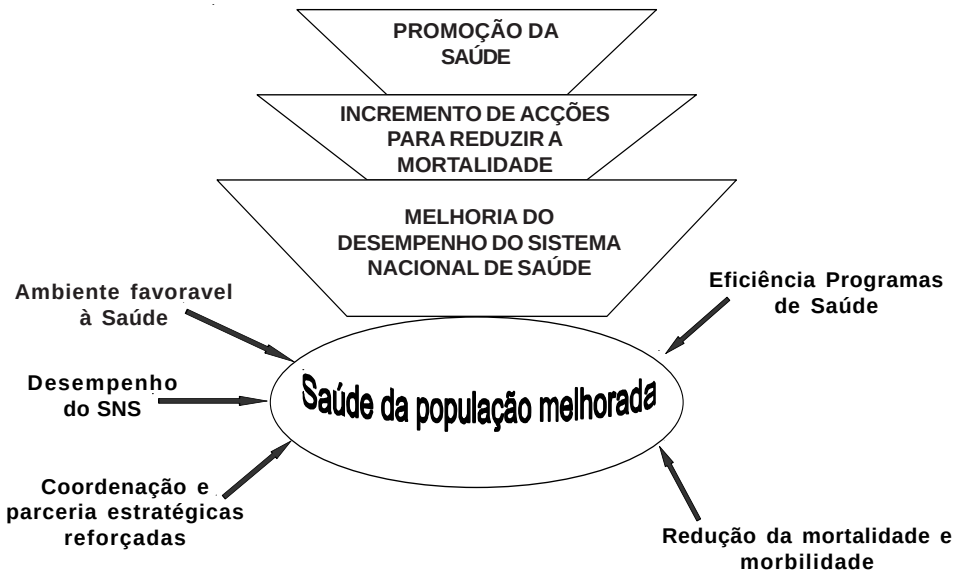
- Apoiar as acções visando a sustentabilidade do PAV, em parceria com outros intervenientes neste sector;
- Melhorar a qualidade dos serviços de atendimento ao parto e seu seguimento.

6.4 Promoção e protecção da saúde

As intervenções previstas nesta área visam essencialmente reduzir os riscos para a saúde associados ao meio ambiente e aos comportamentos. Assim, a OMS procurará:

- Promover estratégias institucionais e estimular a participação da comunidade nos projectos de âmbito local;
- Apoiar a elaboração de uma política nacional para a água e o saneamento ambiental, sublinhando a importância do seu impacto na saúde da população;
- Catalizar as acções que tentem sensibilizar a sociedade em geral para a adopção de estilos de vida sãos.

Figura 3 : Eixos de Intervenção (da Agenda Estratégica)



7. APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA ECP : IMPLICAÇÕES PARA A OMS

A implementação eficaz desta Agenda Estratégica de Cooperação da OMS com a República de São Tomé e Príncipe, no período de 2005-2009, exige, à partida, uma adequação organizacional que tenha em conta as actividades da OMS no país e os seus recursos, e que comprometa a Organização no seu conjunto, sem perder de vista os papéis e responsabilidades que cabem a cada nível.

7.1 Nível da representação no país

(i) O plano de actividades para 2005-2009 necessitará de ajustamentos que reflectirão as orientações desta ECP e influenciarão o próximo plano de acção, para 2006-2007. Os ajustamentos dirão respeito às áreas de intervenção, mas também, e sobretudo, às prioridades a respeitar na alocação dos recursos da Organização, já disponíveis ou a mobilizar.

(ii) A adequação dos mandatos dos quadros da Representação deve ser uma prioridade que permita garantir uma resposta mais adequada às necessidades no campo da cooperação entre o país e a OMS.

(iii) Importará também dar maior atenção ao reforço das capacidades nos domínios identificados na Agenda Estratégica, como administração, finanças e comunicações, procedendo do seguinte modo:

(iv) promoção de acções de formação específicas, nomeadamente sobre economia da saúde, gestão, línguas, comunicação, etc.;

(v) definição de prioridades nas funções estratégicas, como a formulação de políticas, legislação e estratégias, acompanhamento da avaliação, advocacia, etc.;

(vi) recrutamento de 1 administrador e 1 NPO para a área da protecção da saúde;

(vii) maximizar o uso do AMS (sistema de gestão das actividades) no acompanhamento, vigilância e avaliação da implementação do plano de actividades; acompanhamento da formação para solucionar os problemas detectados na utilização deste sistema;

(viii) adequação do parque informático, para permitir a instalação de novas tecnologias de comunicação (GPN);

(ix) A Representação deverá estimular a disponibilidade dos interlocutores no Ministério da Saúde, para garantir uma maior apropriação das actividades e a respectiva continuidade;

(x) A representação deverá procurar as vias e os meios para uma melhor valorização da equipa-país e das equipas inter-países, em colaboração com a Sede e o Escritório Regional;

(xi) Em colaboração com o Ministério da Saúde e em concertação com os parceiros, deverá defender a integração dos programas a nível distrital, à luz da política de descentralização da saúde;

(xii) O Representante e a sua equipa deverão reforçar o seu papel de catalisadores e facilitadores, a fim de obterem consensos e fazerem advocacia em prol da saúde;

(xiii) A Representação deverá procurar que o Governo honre os seus compromissos relativos à disponibilização de uma sede adequada para se instalar, tal como está estipulado no acordo-quadro de cooperação, a fim de reduzir as despesas de funcionamento, que pesam no orçamento dos programas nacionais.

7.2 Escritório Regional e Sede

Apesar das responsabilidades específicas que incumbem à Representação no país, a qual, em muitos casos, necessita do apoio da Sede e do escritório regional, esperam-se outros apoios desses níveis, em consonância com a Agenda Estratégica. Neste contexto, espera-se que a Sede e o Escritório Regional:

(i) Prestem maior atenção às áreas da economia da saúde (financiamento da saúde, contas nacionais e outras);

(ii) Facilitem uma maior cooperação entre Representações, recorrendo a equipas inter-países como um dos canais e reduzindo os gastos com consultores;

(iii) Estabeleçam diálogo com o Governo de São Tomé e Príncipe, a fim de rever o acordo-quadro, para assegurar a sua aplicação;

(iv) Façam esforços para distribuir em língua portuguesa as publicações, documentação, directivas, normas e procedimentos, para facilitar uma maior compreensão e melhor apoio dos funcionários da Representação e do Governo às actividades de cooperação. Isso possibilitará também uma realização mais fácil das tarefas cometidas a esta Representação;

(v) Acelerem a instalação de uma rede adequada de comunicações na Representação local, especialmente a GPN;

(vi) Estimulem visitas periódicas ao país de altos responsáveis da Organização, nomeadamente o Director Regional e os Directores de Divisão;

(vii) Encarem a Representação, na pessoa do Representante, como canal obrigatório para a planificação, programação e execução de todas as intervenções da OMS no país;

(viii) Analisem a possibilidade e necessidade de rever a suas instruções no sentido de usar, anualmente, 50% do orçamento do biénio, tornando a sua aplicação mais flexível em relação ao orçamento total, e não ao orçamento de cada programa;

(ix) Facilitem, aos quadros nacionais do país e da Representação, acesso aos bens públicos mundiais e regionais de desenvolvimento científico e formação;

(x) Apoiem a formação permanente do Representante, sobretudo nas áreas relacionadas com os desafios da agenda para o desenvolvimento internacional que têm impacto na saúde, nomeadamente a globalização, mobilização de recursos, parcerias, negociação e gestão.

8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A Agenda da Estratégia de Cooperação com os Países estará contemplada no Orçamento Programa e nos planos bienais de acção, graças ao processo ordinário de gestão da OMS. A Representação da OMS no país determinará os resultados esperados, objectivos, sucessos, orientações de base e indicadores de desempenho, para acompanhar os progressos do Orçamento Plano e dos Planos de Acção. No que respeita à implementação dos planos de acção bienais, a OMS encarregar-se-á do processo de acompanhamento semestral, aplicável a todas as análises semi-anuais, de meio percurso e bianuais.

Uma rede de apoio, envolvendo os três níveis da Organização, os ministérios da saúde e os parceiros essenciais, procederá à avaliação da estratégia revista para a cooperação com os países; isso deverá ocorrer pelo menos 6 meses antes de terminado o ano indicado no documento, para avaliar o impacto e introduzir os ajustamentos necessários. As componentes do programa estratégico, os principais objectivos, a duração e o quadro indicativo dos recursos figuram no quadro que se segue.

9. CONCLUSÃO

Apesar da multiplicidade dos problemas e desafios que se colocam ao desenvolvimento do sector da saúde, a fim de melhorar gradualmente o precário nível sanitário da população de São Tomé e Príncipe, a presente estratégia de cooperação para 2006-2009 privilegia as actividades para as quais a OMS dispõe de vantagens comparativas. Toma também em conta as necessidades e prioridades do Governo para o sector, bem como diversas condicionantes, como a instabilidade político-institucional, a modicidade dos recursos e a débil capacidade local para mobilizar recursos.

Esta ECP servirá de base para a elaboração do próximo Plano 2006-2007, num processo de diálogo e de concertação permanentes com o Governo. Ela constituirá, por conseguinte, o quadro de referência e de orientação para a cooperação futura da OMS com a República de São Tomé e Principe. Neste contexto, a ECP servirá de elemento propulsor e catalizador na implementação do PNDS.

A importância da ECP é tanto maior quanto é certo que a OMS, embora não sendo uma agência de financiamento, disponibiliza um orçamento para a saúde que constitui uma fracção muito importante do total condedido ao país pelo conjunto dos parceiros.

A sinergia e a complementaridade com os parceiros do sector serão igualmente princípios basilares na operacionalização desta ECP. A OMS, por sua vez, não poupará esforços para disponibilizar o apoio necessário de acordo com as implicações da Agenda Estratégica definida.

ANEXO 1: BIBIOGRAFIA

1- Rapport sur le santé dans le monde 2003

2- Relacionamento externo e cooperação das ajudas para resposta da actuação S. Tomé, Junho 2000

3- Draft, rapport on mission STP 15-27 june 2003 Consultants- José A. Nájera et Celestin Ngabuziza

4- Rapport provisoire test sur le terrain des indicateurs, des outils et de la methodologie pour le suivi et l'evaluation des programmes de materiaux aux insecticides, 17-20/09/1999, s.t.p.

Consultants(ousmane faye, icp/mal/cab, oms/gabon; amoro coulibaly, oms; fernando silveira, dpc/oms; vilfrito s. Gil, coordennateur pnls, maria conceição ferreira, pnlp, agostinho sousa, dss, msp, STP).

5- Relatório do dr. Yao sohdalon (revisão da politica de tratamento do paludismo)

6- Comissão para reforma do sector da saude, proposta de Carta Sanitária de S.T.P., 2000

7- Action plan of the malaria programme, STP 2005-2009

8- Sector farmacêutico, base para uma politica farmacêutica, 30/07/2000 11/08/2000 Consultores : Jérôme Dumoulin e Guilherme de Lemos

9- Sector farmacêutico, Elaboração da Política Farmacêutica, 22-29 julho 2002, Consultores : Jérôme Dumoulin e Guilherme de Lemos

10- Politica farmacêutica nacional, abril 2003 Consultores : Jérôme Dumoulin e Guilherme de Lemos

11- Programa de Medicamentos Essenciais, OMS/AFRO, 10-14 decembre 1999, Conselheiro Regional, Sr. Moses Chisale

12- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Março 2001

13- Prevalência do bócio endêmico em STP 2000/2001, Aurelio Carvalho, nutricionista; Lazaro B. Sousa, OMS; M. Quaresma Anjos, OMS; Fernando Neves, OMS ; Luis Bonfim, UNICEF; Agostinho Sousa, téc. Epidemiol; Lurdes Fidalgo, consultora OMS protoclo.

14- O perfil santário de STP. Maio 1998 (versão preliminar) dr. Arlindo Carvalho

15- Comissão de reforma do sector de saude, Carta sanitária STP Agosto 2000, critérios de operacionalizaçõ dos serviços de saúde, proposta.

16- Ministério da Saude, Politica Nacional de Saúde, STP 1999ú

17- Estratégia nacional de redução da pobreza, versão final, STP Dezembro 2002

18- Avaliação da implementação de estratégia de saúde para todos no ano 2000, STP Maio 1997

19- Relatório mundial sobre desenvolvimento humano 2003, PNUD, 11/Agosto/2003

20- PNUD: São Tomé and Principe: Common country assessment, final draf Nov.1998

21- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

22- Relatório sobre os Recursos Humanos, STP 18/01/-08/02/2000, consultora Janete Lima de Castro, OMS

23- Plano de implementação das politicas de recursos humanos, consultora Janete Lima de Castro, OMS

24- Diretrizes para a politica de recursos humanos, novembro 1999 consultora Janete Lima de Castro, OMS

25- Reforma do sector saude, STP. 25/09-20/12/1999, dr António Delgado

26- Instituto Nacional de Estatística, Dinâmica Natural da População em STP. (2001)

27- Plano Estratégico Nacional para Fazer Recuar o Paludismo em STP. 2001.2010, 2000

28- Politica Nacional de Luta contra o HIV/SIDA, Abril 2003

29- Evaluation des systemes de surveillance epidemiologique et de preparation de reponse aux epidemies a STP., decembre 2002, equipe d'evaluation(Drª M. Teresa Araujo, WR/STP; Dr Lázaro de Sousa, DCP/OMS; Sr. Agostinho Sousa, Director do Serviço de Epidemiologia, Min. Saúde; D. Inácia Costa, Chefe dos Serviços de Laboratório, Min. Saúde ; Dr Aallarangar Yokouidé, ICP/CPR, OMS/AFRO

30- Raport provisoire, proposition d'une orientation strategique pour la mise en place d'un systeme d'information sanitaire operationnel dans le cadre de l'elaboration plan national de developpement santaire, juillet-aoug 2000, consultat el Hadji Malick Diamé

31- Rapport sur l'evaluation du systeme national de laboratoires pous la confirmation rapide des epidemies s.t.p. 22-26 out 1999, consultant dr B. Koumare OMS/ICO/ EMC/LAB

32- Plan strategique national de surveillance integree des maladies transmissibles et reponse a STP (2003-2007) decembre 2002

33- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

34- Politica Nacional de Saúde, STP, 1999

35- Programa de cooperação STP/UNICEF, 2002-2006, plano global de operações, Janeiro 2002

36- Programa de cooperação entre o governo de STP e a UNICEF, 2002-2006, estrutura dos planos de actividade dos programas 2002

37- Agreement between the government of the STP and WHO, on 9 may 1976 and on behalf of the WHO on 9 june 1976

38- Programa do VII Governo Constitucional, Maio 2002

39- Programa do VII Governo Constitucional, Outubro 2002

40- Política nacional de luta contra a SIDA, Dezembro 2002

41- Pojecto de proposta para o controlo da infecção HIV/SIDA em STP

42- Problema dos serviços de saude em STP, OMS/APIS, 1994

43- Reflexão estratégica STP. 2025

44- Quadro de orientação para a cooperação técnica com os Estados-Membros da Região Africana. Congo, agosto de 1995

45- Perfil epidemiológico de país, Setembro 1999

46- STP Problemas e Perspectivas do Desenvolvimento Sanitário, dr. Carlos Tiny, Congo, Fev. 1989

47- Estudo sobre a iniciativa 20/20 em STP, Relatório, Julho de 2003

48- Plano Nacional para o Desenvolvimento Sustentável do Ambiente, Governo/PNUD

49- Actividades da OMS na Região Africana, Quadro Estratégico 2002-2005, Escritório Regional, Harare

50- WHO Country Cooperation Strategy, Uganda

51- Conseil Executive, EB107/34, 28 nov 2000, Programme Général de Travail 2002-2005, Rapport du Director Général

52- Estratégia de Cooperação da OMS com a República de Cabo Verde, 2002-2005

53- Rapport final, réunion régionale de revue et adoption des documents de stratégie de cooperation avec les pays, Benin, 28-30 mai 2002

54- Rapport final, réunion régionle de revue et adoption des documents de stratégie de cooperation avec les pays, Harare, 14-15 octobre 2002

55- Ministério das Finanças e Plano, Plano de Acção de Emergência, Agosto 2003

56- STP Common country assessment final draft Nov 1998

57- Situação epidemiológico da tuberculose em STP, 2002

58- Plano estratégico nacional de luta contra o HIV/SIDA, 2004-2008, Janeiro 2004

ANEXO 2 : PESSOAS E INSTITUIÇÔES CONTACTADAS

Nome da instituiçã	Local do encontro	data	Pessoas presentes	Cargo que desempenham
Assembleia Naciional	Assembleia Nacional	28/05/04	DrCarlos Graça Drª Fernand Sr João Paulo Cassandra Drª Cristina Nogueira Dr Bernardino Cardoso	Presidente ai Deputada Deputado WHO/HQ WHO/AFRO
Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)	Casa das NU Sala de reuniõen	25/05/04	Dr Helder Costa Neto Dr Carlos Tiny Dr Anastácio de Menezes Dr Bernardino Cardoso Dr Fernando Neves	Coordenador CT/MINSAU Plano/MINSAU WHO/AFRO OMS/país
Diocese de STP IGREJA CATÓLICA	Residência do	26/05/04	D. Abílio Ribas Dr Bernardino Cardoso Drª Solange Kuo Dr António Lima	Rev Bispo WHO/AFRO WHO/AFRO OMS/país
Embaixada do Brazil	Embaixada de em STP	26/05/04	Sr Romel Costa Drª Teresa Arújo Drª Cristina Nogueira Dr Lázaro de Sousa	Encarregado do Sector consular WR/STP WHO/HQ OMS/país
Embaixada de Portugal	Embaixada dos de Portual em STP	26/05/04	Dra Patrícia Eng. António Machado Dr Teresa Aruújo Dr Lázaro de Sousa	Encarregado de Adido da Emb. Cooperação WR/STP OMS/país
Embaixada Taiwan	Embaixada dos Em S. Tomé	26/05/04	Sr Lay Dr. Anastácio de Menezes Dr António Lima	Encarregado do Negócios Plano/MINSAU OMS/país
Embaixada dos Estados Unidos América		28/05/04	Sra Isilda Pinto Dra Cristina Nogueira Dr Lázaro Sousa	Funcionária da Embaixada da WHO/HQ OMS/país
FONG	OMS/STP	26/05/04	Sr Tomé Santos Dra. Cristina Nogueira Dra. Maria Q. dos Anjos	Presidente FONG WHO/HQ OMS/país
UNICEF	UNICEF/STP	25/05/04	Sr Batilloy Warritay Dr. Luís Bonfim Dra. Cristina Nogueira Dra. Maria Q. dos Anjos	Encarregado Do escritório Administrador do projecto de saúde WHO/HQ OMS/país

UNFPA	FNUPA/NU	25/05/04	Dra. Victória D'Alva Dra. Cristina Nogueira Dra. Maria Q. dos Anjos	Assistante do Representante WHO/HQ OMS/país
Instituto Valle Flor	OMS/NU	26/05/04	Sr Eduardo Garrido Dra. Cristina Nogueira Dra. Maria Q. dos Anjos	Enfermeiro de saúde pública WHO/HQ OMS/país
Ministério dos Recursos Naturais e Ambiente	Ministério Recurso Naturais e Ambiente	28/05/04	Engenheiro Arlindo Carvalho Drª Teresa Arújo Dra. Maria Q. dos Anjos	Ministro WR/STP OMS/país
Zatona Adil, ONG	OMS/NU	26/05/04	SR Tomé Santos Dra. Cristina Nogueira Dra. Maria Q. dos Anjos	Representante WHO/HQ OMS/país
Gabinete T. Comissão Assuntos Social	Assembleia Nacional	31/05/04	Dr Fernanda Roncom Drª Solange Kuo Dr António Lima	Deputada WHO/AFRO OMS/país
Ministério de Educação	Ministerio Da Educacao	28/05/04	Dr Alvaro Santiago Drª Teresa Arújo Dra. Maria Q. dos Anjos	Ministro WR/STP OMS/país
Ministério da Saúde	MINSAU	26/05/04	Dr Vilfrido Gil Dra. Cristina Nogueira Dr Bernardino Cardoso Drª Solange Kuo	Ministro WHO/HQ WHO/AFRO WHO/AFRO

ANEXO 3 : O PROCESSO ECP

1. Fase preparatória : (Janeiro-Abril 2004)

- Encontro de todos membros da equipa WCO para informação do processo e distribuição de tarefas a cada membro.
- Designação do MPN como encarregue da condução de todo processo, coadjuvando a WR.
- Envio de misiva ao Ministério da Saúde anunciando e explicando todo processo.
- Envio de missivas aos parceiros de desenvolvimento do MS.
- Designação de 2 quadros do Ministério da Saúde como participantes do processo.
- Reuniões periódicas de verificação de documentos de consulta necessários ao processo.
- Pedido de apoio a AFRO (esclarecimentos, documentos e apoio financeiro).
- Envio de documentos aos parceiros.
- Reunião final para concertação do processo com os membros internos do processo.

2. Primeira missão (24/05 - 01/06/2004)

- Chegada da equipa externa do processo e calendarização dos trabalhos.
- Sessões de trabalho com todos membros iniciando-se por introduções aos temas discussão e análise seguindo-se-lhe trabalhos de grupo previamente constituídos.
- Foram realizadas visitas e entrevistas a diferentes instituições e individualidades.

3. Período entre as duas missões (02/06-12/09/2004)

- Após o regresso dos membros da AFRO e da HQ, foram ainda realizadas várias reuniões de coordenação em que foi possível a introdução de diversos elementos no draft.

4. Segunda missão (13-23/09/2004)

- Revisão dos capítulos 1-5 com vista sobretudo a assegurar-se da consistência dos dados e a coerência, nomeadamente entre os dados da análise da situação, os principais problemas e os desafios.
- "Brainstorming" visando a identificação dos eixos estratégicos e a elaboração da Agenda Estratégica para 2006-2009 e a sua discussão preliminar com os responsáveis do Ministério da Saúde e sob orientação do Ministro.
- Identificação, em plenária, das principais implicações para os diferentes membros da Organização, decorrentes da Agenda Estratégica.
- "Brainstorming" da equipa ECP sobre os principais elementos do Quadro dos Resultados e dos Recursos (Objectivos/metas, calendário e estimativa de recursos para a operacionalização da ECP).
- Sessões separadas de apresentação dos problemas, desafios e da Agenda Estratégica com os quadros do Ministério da Saúde, presidida pelo recém nomeado Ministro, bem como as Agências do Sistema das Nações Unidas.
- Revisão do esboço do documento de Estratégia à luz dos comentários e sugestões reclhidos dos dois encontros.
- Finalização da Nota sobre o processo ECP em São Tomé Principe e a sua avaliação pela equipa.

5. Actividades de seguimento :

- Revisão do esboço do documento completando e melhorando a sua qualidade.
- Distribuição do esboço à sede e à região africana da OMS, ao Ministério da Saúde e aos parceiros de desenvolvimento do sector da saúde.
- Recolha e incorporação das contribuições fornecidas.
- Finalização do esboço do documento e submissão a AFRO com vista a sua revisão e adopção pelo MDC.
- Apresentação do documento na reunião de MDC, realizada em Brazzaville a 11/04/05.
- Revisão do documento à luz das contribuições e orientações saídas do MDC.
- Submissão do documento final a AFRO para a aprovação final do Director Regional e posterior publicação.

ANEXO 4 : CONSTITUÍÇÃO DA EQUIPA OMS/PAÍS E DA EQUIPA ECP

CONSTITUÍÇÃO DA EQUIPA OMS/PAÍS

Nome	Género		Função	Tipo de contrato actual	Antiguidade Ano de inicio na Caegoria		Observações
					OMS no país	actual	
Dr M.T. Araújo	F		WR	Fixed term	06/1990	14	
Dr Fernando Neves		M	MPN	Fixed term	05/1996	8	
Drª Mª Quaresma G.Anjos	F		FHP	Fixed term	06/1996	8	
Dr Lázaro de Sousa		M	DCP	Fixed term	04/2000	4	
Drª Claudina Cruz	F		HIV	SSA	04/2004		Em contratação
Dr António Lima		M	SDE	SSA	05/2002	2	Tempo parcial
Sr Eduardo Ferreira		M	A/ADM	Fixed term	04/1990	14	
Srª Isabel Viegas	F		Sec/WR	Fixed term	09/1988	16	
Srª Angela Neves	F		Sec/prg	Short term	02/1997	7	
Sr Alberto Santos		M	Motorista	Fixed term	03/1982	22	
Sr Domingos Conceição		M	Motorista	Short term	02/1990	14	

CNSTITUIÇÃO DA EQUIPA ECP

Nome	Género		Organização	Função
	Masc	Femin		
1ª missão				
Dr Carlos Tiny Dr Anastácio de Menezes x	x		MINSAU MINSAU	Conselheiro do Ministro Director de plano administração e finanças
Equipa do escritório do país	6	4	OMS/país	Ver quadro acima
Dr M. Teresa R. L. de Araújo		x	OMS	WR
Drª Ana Cristina Nogueira	x		OMS/HQ	CCS
Drª Solage Kuo Epa	x		OMS/AFRO	União Europeia
Dr Bernardino Cardoso	x		OMS/AFRO	CCS
	9	7		

2ª missão

Dr Anastácio de Menezes x			**MINSAU**	**Director do plano administração e finanças**
Equipa do escritório do país	**6**	**4**	**OMS/país**	**Ver quadro** acima
Dr M. Teresa R. L. de Araújo		**x**	**OMS**	**WR**
Drª Ana Cristina Nogueira		**x**	**OMS/HQ**	**CCS**
Drª Solage Kuo Epa		**x**	**OMS/AFRO**	**União Europeia**
Dr Bernardino Cardoso		**x**	**OMS/AFRO**	**CCS**
	8	7		

ANEXO 5 : PLANO INDICATIVO E QUADRO DE RECURSOS

Componentes /Eixos estratégicos da Agenda	Principais objectivos ou metas da componente	Plano					Quadro de Recursos para os dominios estratégicos de apoio		
		05	06	07	08	09	Necessidad estimada (USD)	Orçamento Regular (USD)	Hiato(Gap) orçamental (USD)
1. Melhoria do desempenho do Serviço Nacional de Saúde	1.1 Dotar o país de Politicas, Estratégias e outros instrumentos reguladores sector da saúde: Lei de base da saúde, Politica e o Plano Nacional Desenvolvimento nodos Recursos Humanos, Politica de Financiamento	x x	x x	x x	x x	x x	2.000.000 700.000	1.200.000 500.000	800.000 200.000
1.2	Aumentar o acesso da população aos cuidadados e serviços de saúde integrados, equitativos e sustentaveis (implementação do PNDS e da Carta sanitária);								
1.3	Criar mecanismos e instrumentos permitind reduzir a mortalidade materna e infantil;								
1.4	Reforçar a capacidade de gestão , de seguimento e avaliação de diferentes intervenções e iniciativas								
1.5	Alargar a parceria e contribuir para o reforço da sua coordenação e a mobilização de recursos								
2. Luta contra as doenças	2.1 Determinar a magnitude da problematica das doenças transmissiveis e não transmissiveis 2.2 Reduzir as altas taxas de morbilidade e de mortalidade especialmente em grupos alvos mais vulneráveis;	x x	x x	 x	x x	 x	80.000 2.000.000	40.000 1.250.000	40.000 750.000
3. Promoção e protecçãoda saúde	3.1 Dotar o País de politicas, Estrategias e outros instrumentos normativos cuja implementação proporcionem um ambientemais saudável; 3.2 Promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para a saúde humana de origem ambiental, econó-mica social e comportamental	x x	x x	x x	x x	x x	50.000 80.000	35.000 40.000	15.000 40.000