



IPAD
Instituto Português
de Apoio ao Desenvolvimento



PROJECTO “SAÚDE PARA TODOS”
AVALIAÇÃO NO PERCURSO
(2005-2006)
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
(Relatório final)

Equipa de Avaliação:

Manuela Afonso (IPAD/Divisão de Avaliação, chefe da equipa)

Mário Ribeiro (IPAD/Divisão de Avaliação)

Helena Guerreiro (IPAD/DS BIL I)

Setembro de 2007



Agradecimento

Os autores agradecem o contributo dado por todos os interlocutores, são-tomenses e portugueses, envolvidos no processo de avaliação, nomeadamente o Instituto Marquês de Valle Flor e os Centros e Postos de Saúde objecto de análise. A sua abertura, disponibilidade e espírito de participação e diálogo foram determinantes para a realização da avaliação.

A equipa de avaliação agradece igualmente aos serviços da Embaixada de Portugal em São Tomé o valioso apoio dado quando da deslocação a STP.

Um agradecimento especial ao Prof. Doutor Jorge Cabral, do IHMT, pelo precioso apoio dado e sem o qual não teria sido possível parte da análise.

O conteúdo, análises, conclusões e recomendações expressos neste documento são única e exclusivamente da responsabilidade da equipa de avaliação e podem não traduzir a posição do IPAD.



Índice

ACRÓNIMOS	ii
Sumário Executivo	ii
1. Introdução	1
1.1 – Âmbito e Objectivos	1
2. Resultados da avaliação.....	13
2.1 – Relevância e processo de implementação	13
2.2 – Eficácia	21
2.3 – Eficiência	27
2.4 – Previsão de efeitos	30
2.5 – Sustentabilidade	32
2.6 – Coordenação e Complementaridade.....	36
2.7 – Valor Acrescentado.....	37
2.8 – Visibilidade.....	37
3. Conclusões.....	38
4. Recomendações.....	41
5. Anexos	43
Anexo 1 – Termos de Referência.....	43
Anexo 2 - Organismos/Pessoas entrevistadas.....	48
Anexo 3 – Presenças nos Workshop	50
Anexo 4 – Recursos, equipamentos e infra-estruturas fornecidas.....	52
Anexo 5 – Matriz de Enquadramento Lógico	53
Anexo 6 – Bibliografia e documentação consultada.....	60



ACRÓNIMOS

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CAD – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CE – Comissão Europeia
CHAM – Centro Hospitalar Dr. Ayres de Menezes
CP – Cooperação Portuguesa
DA – Divisão de Avaliação
DGS – Direcção-Geral de Saúde
DL – Decreto-Lei
DSBILI – Direcção de Serviços Bilateral I
ENRP – Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
FAfD – Fundo Africano de Desenvolvimento
FCG – Fundação Calouste Gulbenkian
FIDA – Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População
FONG – Federação das Organizações Não-Governamentais de S. Tomé e Príncipe
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IDA – International Development Assistance
IMVF – Instituto Marquês de Valle Flor
IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
MS – Ministério da Saúde
MUSD – Milhões de dólares norte-americanos
OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OGE – Orçamento Geral do Estado
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAC – Plano Anual de Cooperação
PAM – Programa Alimentar Mundial
PIB – Produto Interno Bruto
PIC – Programa Indicativo de Cooperação
PIP – Plano de Investimento Público
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SNS – Sistema Nacional de Saúde
STP – São Tomé e Príncipe
TdR – Termos de Referência
UNTA – United Nations Regular Programme of Technical Assistance
USD – Dólares norte-americanos

Sumário Executivo

Introdução

A presente avaliação a meio percurso centra a sua atenção no projecto de Reforço da Rede de Cuidados de Saúde Primários, integrado no PIC de S. Tomé e Príncipe (2005-2007) e nos respectivos Planos Anuais de Cooperação (PAC).

A avaliação tem como objectivos:

- Apreciar o grau de cumprimento dos objectivos iniciais e confirmar (ou não) se os resultados esperados estão a ser alcançados;
- Identificar eventuais ajustamentos do projecto (actividades, modalidades de trabalho, etc.) tendo em atenção os resultados e os efeitos pretendidos nas populações alvo;
- Apreciar a relevância e a sustentabilidade a longo prazo dos resultados do projecto;
- Identificar constrangimentos, propor formas de os superar e fazer recomendações sobre a eventual continuação do projecto, para além de 2007

Questões Metodológicas

A presente avaliação é um exercício interno realizado pela Divisão de Avaliação e pela Direcção de Serviços Bilateral I.

Na equipa de avaliação nenhum técnico possui formação específica na área da saúde, facto que pode limitar o alcance e profundidade da mesma, ainda que se tenha tentado confinar os efeitos dessa limitação recorrendo quer aos contributos informais de especialistas na matéria, quer ao apoio dos técnicos do IMVF e do Projecto para clarificar dúvidas e aprofundar conhecimentos, quer ainda à consulta de documentação especializada sobre a matéria.

Por se tratar de um exercício a meio percurso (o projecto só será concluído no final de 2007) as questões de avaliação relacionadas com os efeitos e impactos, bem como a sustentabilidade, carecem

de limitações de análise, podendo apenas fazer-se previsões, tendo em consideração os resultados alcançados até ao momento da realização do estudo.

No que diz respeito à recolha de dados estatísticos houve grande dificuldade na obtenção de informação desagregada. A equipa teve de confiar nos dados fornecidos pelo Projecto, dada a escassez de informação estatística actualizada a nível nacional. A disparidade de dados sobre o mesmo indicador é uma constante nas estatísticas de STP.

Objectivos do Projecto

O Projecto tem como **objectivo geral** a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em S. Tomé e Príncipe. Para o efeito, actua na área dos cuidados preventivos e primários de saúde, através da criação de uma rede integrada de cuidados de saúde, contemplando também as vertentes de formação e capacitação dos técnicos e pessoal administrativo, reforço institucional, infra-estruturas, abastecimento de água e saneamento, bem como acções de informação e educação para a saúde, com uma cobertura de 80% da população do país. A atenção centra-se nos grupos mais vulneráveis: mulheres, crianças e doentes crónicos.

Tem como **objectivos específicos**:

- 1 O aperfeiçoamento, reforço e consolidação das bases do processo de desenvolvimento sanitário no país, com vista à melhoria das condições de saúde das populações;
- 2 A melhoria da operacionalidade e eficácia do sistema de saúde, bem como da sua sustentabilidade técnica e financeira, proporcionando um modelo de desenvolvimento sanitário aplicado à escala nacional;
- 3 O reforço da competência e da qualificação dos

recursos humanos de saúde nos Distritos de Mé-Zochi, Cantagalo, Lobata, Lembá e Água Grande;

- 4 A melhoria das infra-estruturas, equipamentos e materiais essenciais ao reforço e desenvolvimento da rede sanitária;
- 5 A optimização do impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base já existentes no âmbito da luta contra as principais doenças transmissíveis (doenças da pobreza);
- 6 A melhoria e reforço das condições de abastecimento de água e saneamento do meio com vista a quebrar as cadeias de transmissão das doenças infecto-contagiosas e tropicais.

Principais conclusões

- Os objectivos e actividades do Projecto correspondem às prioridades definidas pelo MS de STP sendo relevante quer para São Tomé e Príncipe quer para Portugal.
 - A contribuição do Projecto para o estado da saúde em STP é significativa, dando cobertura a 80% da população total e contribuindo para um aumento significativo da oferta de cuidados de saúde.
 - O projecto tem um elevado grau de eficácia no alcançar dos objectivos e na promoção da prestação de cuidados de saúde básica à população, estando a ser alcançados os objectivos específicos inicialmente definidos e a contribuir para o alcançar do objectivo geral.
 - O facto de o co-financiamento assumir a forma de adiantamento facilitou a implementação do Projecto.
 - O Projecto tem tido sucesso na resolução dos problemas prioritários de saúde pública dando igualmente atenção às infra-estruturas e às questões da água e do saneamento, responsáveis pela incidência de grande parte dos problemas de saúde em S. Tomé.
- O Projecto tem um elevado grau de eficiência. Para isso contribui uma boa capacidade de gestão, com um rigoroso controlo das despesas.
 - Os ajustamentos realizados responderam a mudanças pontuais do contexto (surto de cólera, rotura de stocks) sem que tenham existido alterações orçamentais.
 - O envolvimento dos recursos locais e o trabalho desenvolvido no SNS é uma mais-valia do Projecto, ainda que o valor dos subsídios atribuídos coloque tensões ao nível do MS local.
 - O Projecto alargou a sua intervenção a novas áreas, como as consultas de especialidade e o fornecimento de equipamentos e infra-estruturas adicionais, sem alteração do orçamento global.
 - O Projecto produz efeitos positivos nas populações alvo e nos técnicos de saúde.
 - A integração do Projecto no SNS pode promover a sua apropriação e sustentabilidade, ainda que esta só possa ser equacionada a longo prazo.
 - O Projecto não tem sustentabilidade económica e financeira, mas há indícios de sustentabilidade institucional.
 - A participação dos diversos detentores de interesse, entre os quais se destaca o Ministério da Saúde, é uma questão importante devendo ser reforçado o seu envolvimento no futuro.

Recomendações

Ao IPAD:

- Reforçar o apoio aos cuidados de saúde primários em STP, numa lógica de articulação com o SNS, avançando, se possível, para uma abordagem integrada da saúde (SWAP);
- Promover um maior envolvimento e articulação com o Ministério da Saúde de STP para potenciar a apropriação e a sustentabilidade;
- Promover uma maior articulação e complementaridade com outros actores da CP, bem como com outros doadores internacionais, que apoiam o sector da saúde em São Tomé;

- Dar maior previsibilidade do apoio, financiando um projecto com um horizonte temporal mais alargado (pelo menos, com o mesmo horizonte temporal do novo PIC).

AO IMVF:

- Reforçar as capacidades de gestão dos centros e postos de saúde para estimular a apropriação e promover a sustentabilidade;
- Em parceria com o MS, reequacionar os suplementos salariais, no sentido de eliminar as tensões sentidas nesta matéria e de promover a apropriação dos custos pelo MS;
- Incluir todos os financiamentos no documento do projecto e nos relatórios de execução, aumentando a transparência e facilitando a sua apreciação global;
- Realizar estudos CAP para apreciar os efeitos das campanhas de Educação para a Saúde.

Às Autoridades São-tomenses:

- Assumir maior envolvimento e assumpção de responsabilidades por parte do Ministério da Saúde;
- Assumir a liderança do processo de coordenação e complementaridade dos diferentes actores no sector da saúde.

Recomendações às 3 entidades:

- Definir uma estratégia faseada de saída, ainda que a mesma só possa ser equacionada a longo prazo, com a assumpção efectiva de responsabilidades pelas partes.



1. Introdução

1.1 – Âmbito e Objectivos

A presente avaliação a meio percurso centra a sua atenção no projecto de Reforço da Rede de Cuidados de Saúde Primários, integrado no PIC de S. Tomé e Príncipe (2005-2007) e nos respectivos Planos Anuais de Cooperação (PAC).

O Projecto, também designado de “Saúde para Todos”, e implementado em São Tomé pelo Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF), ONG local filial da ONG portuguesa com o mesmo nome, foi iniciado em Março de 2005 e tem uma duração de 36 meses. Tal como é referido nos TdR, o objectivo geral da avaliação é fornecer ao IPAD, ao IMVF e a STP uma apreciação objectiva da implementação do Projecto relativamente aos seus objectivos e resultados. Assim, a avaliação será realizada tendo presentes os seguintes objectivos:

- Apreciar o grau de cumprimento dos objectivos iniciais e confirmar (ou não) se os resultados esperados estão a ser alcançados;
- Identificar eventuais ajustamentos do projecto (actividades, modalidades de trabalho, etc.) tendo em atenção os resultados e os efeitos pretendidos nas populações alvo;
- Apreciar a relevância e a sustentabilidade a longo prazo dos resultados do projecto;
- Identificar constrangimentos, propor formas de os superar e fazer recomendações sobre a eventual continuação do projecto, para além de 2007.

1.2 – Enquadramento

S. Tomé e Príncipe é um pequeno Estado insular com cerca de 157.000 habitantes, internacionalmente classificado como Estado frágil.¹ Os estudos e indicadores sobre a pobreza indicam que, na década de 90, ocorreu no país 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 passou de 36% em 1987, para 53,8% em 2001, vivendo 38,7% da população no limiar da pobreza e 15,1% na pobreza extrema (OMS, 2005). A pobreza atinge particularmente os agregados familiares dirigidos por mulheres (55,7%).

Os indicadores de saúde também se agravaram nos anos 90, com um aumento na mortalidade infantil e adulta e na morbilidade infantil. Os principais problemas têm origem em situações preveníveis, como as que provocam o paludismo, as doenças respiratórias agudas e as

¹ Embora o conceito não seja consensual, de acordo com a OCDE, os Estados frágeis são estados onde existe falta de vontade política e capacidade suficiente para desenvolver e implementar políticas centradas nos pobres (OCDE, 2006, Whole-of-Government Approaches to fragile states”), ainda que o nível de fragilidade seja variável entre Estados dentro desta categoria.



doenças diarreicas que constituem as principais causas de mortalidade e de morbilidade da população. As más condições sanitárias, a malnutrição², a fraca gestão e atenção inadequada aos cuidados primários de saúde, são identificados pelo BM (2005) como os principais factores que contribuíram para esses resultados. A prevalência da malária, que afecta 80% da população, era até 2005 o principal problema de saúde pública, responsável por 65% das hospitalizações de crianças menores de 5 anos e a principal causa de morte, especialmente nesse grupo etário.

Desde 1999, o Governo encetou uma reforma do sector da saúde, desenvolvendo uma Política de Saúde (1999), uma Carta Sanitária (2000) e um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2001). A saúde foi identificada como uma das áreas prioritárias para o crescimento económico e para a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (ENRP), elaborada em 2002.

De acordo com o “Country Economic Memorandum”, de 2004, do BM, embora a cobertura dos cuidados de saúde seja elevada, a qualidade dos serviços é reduzida. As infra-estruturas de saúde estão envelhecidas, há graves lacunas em termos de gestão e pessoal técnico, há problemas de afectação inadequada de despesas e há uma ausência de política nacional de fornecimento de medicamentos e de aquisição e manutenção das tecnologias da saúde. Acresce que o orçamento da saúde tem tido uma natureza *ad hoc*, uma vez que é definido em função da disponibilidade de fundos. O sistema de saúde é caracterizado por desigualdade na disponibilidade e acesso aos serviços de saúde e pela falta de pessoal qualificado e deficiente supervisão e acompanhamento do sistema. A capacidade de gestão em termos de planeamento, implementação, acompanhamento e avaliação do Ministério da Saúde (MS) é reduzida. A capacidade técnica do pessoal é extremamente baixa devido à falta de formação e estruturas de carreira, registando-se também uma carência de pessoal. Os baixos salários, os escassos recursos disponíveis e a deficiente utilização dos recursos financeiros completam a caracterização da situação.

No primeiro relatório de progresso sobre a ENRP, o BM (2006) refere que no sector da saúde os desenvolvimentos têm sido encorajadores, registando melhorias ao nível das taxas de imunização, incidência da malária, visitas pré-natais, percentagem de serviços atendidos por profissionais e disponibilidade de profilácticos para o HIV. Ainda de acordo com este relatório, no período 2003-05 o Governo gastou 16.9 MUSD, ultrapassando as metas da ENRP. Algumas metas dos ODM são atingíveis, como as vacinações, as taxas de assistência ao nascimento e as taxas de prevalência da malária. Outras, como a mortalidade materna e infantil, exigirão mais apoio internacional e compromisso nacional para a reforma. Melhor harmonização também será central para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz.

² A malnutrição também tem uma elevada responsabilidade nas causas de morte em crianças com menos de 5 anos.

Quadro 1 – Tendências dos indicadores de saúde

Indicadores	2003	2004	2005	2015 (meta)
Esperança de vida à nascença	66	65	65	67.6*
Habitantes/médico		2.284		
Habitantes/enfermeiro		9.8	800	
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	55.9	59	n.a.	45*
Percentagem de crianças vacinadas	86.4	86.4		100
Taxa de mortalidade materna (por 1000)	148.6	287.9	n.a.	90
Taxa de partos assistidos	76.4	79.8	n.a.	90
Taxa de prevalência de HIV/SIDA nas mulheres grávidas 15-24	n.a.	n.a.	1.5	1.0
Taxa de prevalência da malária	446	464	n.a.	100*
Taxa de mortalidade por malária	1.4	1.2	n.a.	0.5*
Proporção de morte por malária nas mortes totais (%)	16.7	14.8	n.a.	9.0
Acesso a água tratada (%)		20		
Acesso a saneamento (%)		26		

Fonte: National Poverty Reduction Strategy. Implementation Report, 2006: 21.

Quadro 2 – Indicadores gerais epidemiológicos de STP, 2001-2005

Por 1.000 hab.

DESIGNAÇÃO	2001	2002	2003	2004	2005
Taxa Bruta de Natalidade	35,60	35,20	34,90	34,40	33,90
Taxa Bruta de Mortalidade	8,5	8,3	8,1	7,8	7,6
Taxa de Mortalidade Infantil	82,7	82,4	81,5	80,7	79,8
Taxa de Crescimento Natural	2,71	2,69	2,68	2,66	2,64
Taxa de Crescimento Efectivo	1,97	1,97	1,97	1,96	1,95
Esperança de Vida a Nascença	63,80	64,20	64,70	65,10	65,60
Homens	61,20	61,70	62,10	62,60	63,00
Mulheres	66,30	66,70	67,60	68,10	68,50
Nados Vivos	4.074	4.075	4.991		
Óbitos	1.173	1.163	1.154	1.141	1.127

Fonte: INE, 2006.

Apesar das iniciativas governamentais no sector da saúde, prevalecem inúmeros desafios. Nas áreas rurais (que abarcam 62% da população total), onde 65% da população vive abaixo da linha da pobreza e 22% vive na pobreza extrema, quer os serviços fornecidos, quer o acesso aos mesmos são deficientes. A malnutrição é mais prevalente nestas áreas, especialmente entre os grupos mais vulneráveis (crianças, mulheres grávidas e idosos) devido à falta de uma dieta adequada (muitas vezes apenas comem uma refeição por dia).

1.2.1 - O Sistema Nacional de Saúde de STP

A rede de cuidados de saúde está estruturada em dois níveis: o nível distrital, que coincide com a divisão administrativa do país, e que se centra nos cuidados primários, e o nível central, de cobertura nacional, centrado nos cuidados secundários. Não existem, no território são-tomense, unidades de intervenção suficientemente diferenciada que possam ser designadas de cuidados terciários. As situações que requerem cuidados mais diferenciados são resolvidas ao abrigo do protocolo existente entre Portugal – através da Direcção-Geral de Saúde – e o Governo de STP, que contempla a evacuação de doentes para hospitais portugueses.

De acordo com a Política Nacional de Saúde, os Centros de Saúde constituem a estrutura fundamental do sistema de serviços de saúde, vocacionada para prestar cuidados integrados de atenção primária. Os cuidados de saúde primários são prestados através de Centros de Saúde, localizados em cada uma das capitais de Distrito, de Postos de Saúde e Postos Comunitários³ (quadro 3).

Quadro 3 – Indicadores de recursos e de produção por Área Sanitária – 2006

	Mé-Zochi	Cantagalo	Água-Grande	Lobata	Lembá	Caué	R.A. Príncipe	Total
Recursos								
Postos Sanitários	7	5	4	5	3	3		27
Postos Comunitários	3			10	17			30
Camas		15		40	40	17	29	141
Produção								
Demora-Média		5		6	5	3		
Taxa Ocupação		80%		84%	50%			
Consultas médicas	31.063	13.709	29.063	13.786	16.118	7.509		111.248
Consultas per cap.	819	953	523	819	1.397	1.220		781
Consulta enfermeiro	6.766	5.428	12.791	6.803	3.008	2.646		37.442
Injecções	955	513	8	2.700	3.401			7.577
Pensos e Curativos	1.144	1.228	153	1.609	322			4.456
Pequena Cirurgia	106	456	51	609	106			1.328
Nº de Partos					332	130		

Fonte: Santana, R., 2006: 20, com actualização dos dados relativamente aos recursos.

O actual papel do Centro de Saúde no SNS extravasa o da intervenção primária que habitualmente é confinado a estas unidades, uma vez que para além de estarem disponíveis 141 camas de internamento, cerca de 1/3 dos leitos totais disponíveis no CHAM, existem também estruturas que albergam duas maternidades (Lembá e Caué). Ainda que no discurso o sistema de saúde assente nos cuidados primários e na prestação de cuidados preventivos e

³ Os postos comunitários não pertencem à tutela do Ministério da Saúde. São da responsabilidade das comunidades onde se inserem e são utilizados como estruturas de apoio e intervenção social nas comunidades locais, onde se inserem as medidas do sector da saúde.



curativos, na realidade a atenção centra-se sobretudo na prestação de cuidados médicos curativos.

Os responsáveis distritais são os Delegados de Saúde, directamente dependentes do MS. O nível central de gestão tem a competência de: definir e conduzir a política geral e sectorial da saúde; normalizar, supervisionar e acompanhar a situação da saúde; redistribuir os recursos, com uma base epidemiológica e social; coordenar a cooperação técnica e standardizar os procedimentos e condutas de intervenção.

A capacidade de resposta aos problemas de saúde da população não é, em termos quantitativos e qualitativos, suficiente. Santana (2006) destaca entre os principais problemas:

- A generalidade dos cuidados prestados, ou seja, não estão cobertas todas as especialidades;
- A necessidade de evacuação de doentes em situação urgente/ emergente ou de não cobertura de serviços prestados;
- A carência de recursos físicos, humanos, técnicos e financeiros;
- A ausência de um sistema de informação que suporte a sua actividade;
- O funcionamento num contexto externo determinante e bastante desfavorecido (cortes de energia, falta de água potável, ausência de rede de transportes, etc.).

De acordo com o Ministério das Finanças, o Ministério da Saúde conta com 1.173 profissionais, distribuídos por 34 diferentes categorias. A estes acrescem 16 a trabalhar na ilha do Príncipe. Os recursos humanos constituem uma das limitações latentes mais significativas no actual sistema de saúde são-tomense. O baixo nível salarial auferido pelos médicos é um forte desincentivo para os jovens nacionais que terminam o curso de medicina em países – sobretudo Portugal e Brasil – cujas ofertas profissionais são bastante mais atractivas do que as oferecidas em STP. Para além da dificuldade de manutenção dos jovens ao longo dos ciclos de ensino, verifica-se à posteriori uma falta de capacidade, sobretudo económica, para atrair estes licenciados.

Para além das carências referidas, a distribuição dos recursos humanos tecnicamente preparados entre cuidados primários e secundários e mesmo entre Distritos não é uniforme, conforme se pode constatar no quadro 4. O Distrito de Lembá conta com um rácio médico *per capita* dez vezes superior ao de Mé-Zochi e cinco vezes superior ao de Água-Grande ou Lobata – Lembá possui o mesmo número de médicos do que o distrito de Água-Grande, sendo a sua população residente bastante inferior. No que respeita ao pessoal de enfermagem também é visível um desequilíbrio entre os Distritos de Caué e Mé-Zochi, antes da intervenção do Projecto.

Ainda de acordo com Santana (2006), cerca de 29% dos médicos a exercerem no território nacional pertencem ao apoio internacional, ou seja, perto de um terço dos recursos humanos médicos disponibilizados à população dependem da intervenção externa. Se, por um lado, existem 17 médicos estrangeiros em STP, por outro, trabalham 24 médicos que pertencem aos quadros de STP e se encontram ao serviço de organizações e programas de apoio internacional ou se encontram noutras situações profissionais.

Quadro 4 – Quadros Técnicos do Ministério da Saúde per Capita (10.000 hab.) – 2005

Instituição	Médicos						Enfermeiros		Outros		Total STP	
	Apoio Intern.		STP		Total							
	Nº	Per capita	Nº	Per capita	Nº	Per capita	Nº	Per capita	Nº	Per capita	Nº	Per capita
CHAM	13	0,91	22	1,54	35	2,44	102	7,12	614	42,88	738	51,54
Cuidados Hospitalares	13	0,91	22	1,54	35	2,44	102	7,12	614	42,88	738	51,54
Água-Grande	1	0,19	5	0,94	6	1,12	19	3,56	48	8,99	72	13,49
Mé-Zochi	1	0,27	1	0,27	2	0,55	25	0,69	49	13,44	75	20,57
Cantagalo		0,00	4	2,89	4	2,89	13	9,40	30	21,69	47	33,98
Lobata	1	0,62	1	0,62	2	1,24	11	6,80	34	21,03	46	28,45
Lembá	1	0,90	5	4,51	6	5,41	9	8,11	31	27,95	45	40,57
Caué		0,00	1	1,69	1	1,69	13	21,98	32	54,11	46	77,78
Príncipe		0,00	2	3,16	2	3,16	9	14,23	5	7,91	16	25,30
Cuidados Primários	4	0,28	19	1,33	23	1,61	99	6,91	229	15,99	347	24,23
Total Cuidados Saúde	17	1,19	41	2,86	58	4,05	201	14,04	843	58,87	1.085	75,78
Serv. Adm. e Centrais			24	1,68					80	5,59	104	7,26

Fonte: Santana, 2006: 23.

O financiamento do SNS (quadro 5) é feito através dos seguintes instrumentos:

- *Orçamento Geral do Estado* – cobre as despesas correntes do MS que o Estado de STP prevê distribuir pelas organizações que o constituem, nas suas actividades de promoção, protecção e prevenção da saúde, bem como do diagnóstico e tratamento da doença.
- *Plano de Investimento Público* – com fundos de origens diversas (externas e internas), é um programa destinado à renovação do ciclo de investimentos do país, que constitui um instrumento de intervenção estratégica do Estado nos respectivos sectores de actividades onde assume responsabilidades, como é o caso da Saúde.
- *Fundos externos* – são, na sua essência, contribuições financeiras injectadas no SNS oriundas de organizações externas ao Governo. Até 2005, os principais contribuintes identificados foram: China/Taiwan, Brasil, Portugal (IPAD), PNUD, o Banco de Desenvolvimento Africano, OMS e o Instituto Marquês de Valle Flor.

- *Recuperação de custos*⁴ – as entidades prestadoras de cuidados de saúde também têm capacidade para gerar as suas próprias receitas, com base no Decreto-Lei nº 90/96, que reconhece o impacto negativo que a conjuntura económica provoca nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O DL define os preços a praticar pelas instituições integrantes do SNS no desenvolvimento das suas actividades, bem como as regras de aplicabilidade e os critérios de isenção de pagamentos.

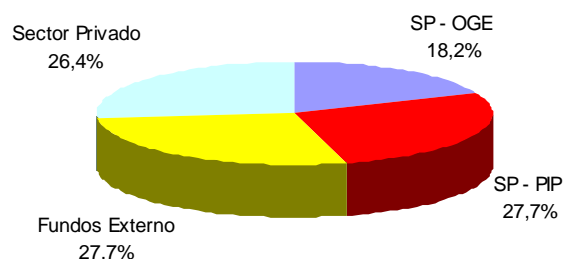
Quadro 5 – Despesas totais do SNS, 2001-2005

(000 USD)

Rubricas de Despesa	2001	2002	2003	2004	2005
Despesas Correntes – OGE	1.007	899	1.902	2.532	2.625
Despesas de Capital – PIP	1.733	2.218	4.007	3.027	3.980
Total Sector Público STP	2.739	3.117	5.909	5.559	6.605
Fundos Externos					
China/ Taiwan	959	854	1.127	1.041	710
Portugal	2.108	3.759	3.200	3.929	2.029
Brasil	0	0	0	69	69
OMS	1.226	1.176	1.176	1.176	1.176
Total Fundos Externos	4.293	5.788	5.503	6.215	3.984
Despesas Privadas em Saúde	2.937	3.134	3.470	3.858	3.799
Despesas Totais em Saúde	9.969	12.039	14.882	15.632	14.388

Fonte: Santana, R., 2006: 36.

Figura 1 – Peso Relativo das componentes de despesa total, 2005



Fonte, Santana, R., 2006: 36.

⁴ Termo habitualmente utilizado para designar as receitas próprias geradas pelas instituições do MS no desenvolvimento das suas actividades correntes.

Quadro 6 – Despesas Totais do Sistema Nacional de Saúde *per capita*, 2001-2005

(USD)

Rubrica	2001	2002	2003	2004	2005
Sector Público	19,9	22,3	41,3	38,1	44,3
OGE MS	7,3	6,4	13,3	17,3	17,6
PIP MS	12,6	15,8	28,0	20,7	26,7
Fundos Externos	31,2	41,4	38,4	42,5	26,7
Sector Privado	21,3	22,4	24,2	26,4	25,5
Total <i>per capita</i>	72,5	86,0	103,9	107,0	96,6

Fonte, Santana, R., 2006: 37.

Quadro 7 – Representatividade das despesas em saúde, 2001-2005

(000 USD)

Rubrica	2001	2002	2003	2004	2005
PIB (000 USD)	61,55	52,80	58,56	67,34	70,85
OGE STP (000 USD)	9,72	9,95	16,63	22,23	30,07
OGE MS (000 USD)	1,01	0,90	1,90	2,53	2,62
% OGE MS no PIB	2%	2%	3%	4%	4%
% OGE MS no OGE STP	10%	9%	11%	11%	9%
PIP STP (000 USD)	20,42	18,46	26,84	27,94	18,73
PIP MS (000 USD)	1,73	2,22	4,01	3,03	3,98
% PIP MS no PIB	3%	4%	7%	4%	6%
% PIP MS no PIP STP	8%	12%	15%	11%	21%
SP STP	30,14	28,41	43,47	50,17	48,80
SP MS	2,74	3,12	5,91	5,56	6,60
% SP MS no PIB	4%	6%	10%	8%	9%
% SP MS no SP STP	9%	11%	14%	11%	14%
SNS STP (000 USD)	9,9	12,00	14,80	15,60	14,40
% SNS STP no PIB	16%	23%	25%	23%	20%
Taxa de Inflação (média)	9%	9%	10%	15%	14%

Fonte, Santana, R., 2006: 38.

1.2.2 - A Cooperação Portuguesa

Portugal é o principal doador de STP (quadro 8), responsável por mais de metade da ajuda bilateral e mais de 1/3 da APD global. Entre os doadores multilaterais destacam-se a CE, a IDA e o Fundo Africano de Desenvolvimento (FAfD). Para além dos parceiros do CAD, São Tomé recebe ajuda de outros doadores, como são o caso de Taiwan e do Brasil.

Tendo em consideração a população total (157.000), a ajuda rondou, nos dois últimos anos, 212 e 203 USD *per capita*, respectivamente. A APD concentra-se nos serviços e infra-estruturas sociais, nomeadamente na educação e na saúde/população.

A Cooperação Portuguesa (CP) com São Tomé e Príncipe, tem-se centrado nos sectores sociais, com particular destaque para os da Educação e Saúde. A área da Saúde representou, nos últimos dois anos, cerca de 21% do total da ajuda (quadro 9). Esta cooperação tem sido desenvolvida, sobretudo, através do apoio ao Centro Hospitalar Dr. Ayres de Menezes, o qual foi objecto de uma avaliação em 1999.⁵ Este projecto tinha complementaridade com um outro, da DGS, de “Prestação de Cuidados Médicos em Portugal” (que representa mais de 50% da ajuda ao sector da saúde) (quadro 10), e articulava-se com acções promovidas por outras instituições, como a Fundação Calouste Gulbenkian.

Quadro 8 – APD líquida – Principais doadores, em MUSD

	2002	2003	2004	2005
Bilateral				
Portugal	13.0	11.1	12.8	11.5
França	3.8	4.3	5.0	3.6
Japão	1.3	1.4	1.5	1.5
Espanha	1.0	1.2	0.5	0.2
Canadá	0.1	0.0	0.3	1.2
Total	19.2	25.5	21.7	18.4
Multilateral				
CE	2.4	3.8	2.5	5.2
IDA	1.2	0.9	3.3	2.9
FAfD	0.5	1.4	4.0	1.0
UNTA	1.1	1.1	0.9	1.4
UNICEF	0.6	0.7	0.6	0.7
PAM	0.4	0.6	0.2	0.6
FIDA	0.2	0.3	0.5	0.5
PNUD	0.1	0.3	0.3	0.7
Total	6.8	12.2	11.7	13.5
Total Geral	26.0	37.7	33.4	31.9

Fonte: OCDE, 2007.

De acordo com Santana (2006), a quota-parte de responsabilidade financeira do Governo português na evacuação e tratamento de doentes são-tomenses representou em termos

⁵ Da avaliação realizada ao projecto do Centro Hospitalar, sobre o período 1996-99, resultou um conjunto de recomendações (pp. 55-63), que apontavam para a necessidade de no futuro ser necessário adoptar uma filosofia estratégica (áreas alvo), concepção e gestão completamente diferentes num novo projecto (pp.56). Como novas áreas de intervenção a equipa de avaliação recomendava que fosse feita uma modificação profunda no domínio da cooperação no sector, abandonando a prestação directa de cuidados e atribuindo prioridade ao apoio às capacidades locais nas seguintes áreas: i) cuidados primários de saúde; ii) formação e valorização dos recursos humanos da saúde; iii) assistência técnica (reforço da capacidade institucional junto do MS).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a avaliação recomendou que se desse atenção à melhoria da cobertura, equidade e qualidade da sua prestação; que se incrementassem as acções de luta contra doenças evitáveis; se promovesse a saúde materno-infantil; se melhorasse o nível de educação sanitária da população; se melhorasse a protecção ambiental e se incrementasse o saneamento básico através da construção e protecção de fontanários, da construção de latrinas, da recolha, deposição e tratamento adequado de lixos e da drenagem de charcos de água; se reabilitassem e eventualmente construíssem infra-estruturas sanitárias (postos de saúde ou unidades de primeira linha de prestação de cuidados de saúde); se melhorasse a gestão das unidades de saúde (assistência técnica e formação) e se desenvolvesse e aperfeiçoasse o sistema de informação sanitário.

médios, nos últimos cinco anos, cerca de 86,6% dos seus custos unitários totais. Os custos de produção unitários associados ao tratamento destes doentes, que potencialmente apresentam um grau de diferenciação elevado e consecutivamente um grau de complexidade dos produtos produzidos acima da média, atingiram durante 2005 os 6.278 euros (quadro 11).

Quadro 9 – Distribuição sectorial da APD bilateral portuguesa com São Tomé e Príncipe (2005-2006)

SECTORES	Euros			
	2005	%	2006	%
I - INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	6.685.381	72,5	6.521.240	72,8
EDUCAÇÃO	2.625.177	28,5	3.478.719	38,9
SAÚDE	2.020.706	21,9	1.794.399	20,0
GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL	616.642	6,7	681.201	7,6
OUTRAS INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	1.422.856	15,4	566.921	6,3
II - INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	1.177.221	12,8	1.384.256	15,5
TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO	797.031	8,6	1.082.156	12,1
COMUNICAÇÕES	54.379	0,6	101.494	1,1
ENERGIA: PRODUÇÃO E APROVISIONAMENTO	137.530	1,5		
BANCOS E SERVIÇOS FINANCEIROS	18.830	0,2	21.344	0,2
NEGÓCIOS E OUTROS SERVIÇOS	169.451	1,8	179.262	2,0
III - SECTORES DE PRODUÇÃO	117.997	1,3	123.921	1,4
AGRICULTURA, SILVICULTURA E PESCAS	45.736	0,5	46.977	0,5
AGRICULTURA	45.736	0,5	25.318	0,3
SILVICULTURA			21.659	0,2
INDÚSTRIA, MINAS E CONSTRUÇÃO	27.838	0,3	7.381	0,1
INDÚSTRIA			7.381	0,1
INDÚSTRIAS EXTRACTIVAS (MINAS)	27.838	0,3		
COMÉRCIO E TURISMO	44.423	0,5	69.563	0,8
TURISMO	44.423	0,5	69.563	0,8
IV- MULTISECTORIAL/TRANSVERSAL	345.599	3,7	426.984	4,8
V - AJUDA A PROGRAMAS E AJUDA SOB A FORMA DE PRODUTOS			-19.334	-0,2
VII - AJUDA HUMANITÁRIA	43.182	0,5		
VIII - CUSTOS ADMINISTRATIVOS DOS DOADORES	109.686	1,2	78.540	0,9
IX - APOIO ÀS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	745.389	8,1	406.676	4,5
X - NÃO AFECTADO/NÃO ESPECIFICADO			30.000	0,3
TOTAL BILATERAL	9.224.455	100,0	8.952.283	100,0

Fonte: IPAD/DSP

Quadro 10 – Estrutura da cooperação no sector da saúde

	2005	%	2006	%	Total	%
0 - SAÚDE (€)	2.520.706	100	1.794.399	100	4.315.105	100
121 - Saúde, geral	1.993.736	79	1.148.619	64	3.142.355	73
00775 Prestação de cuidados médicos em Portugal - evacuação doentes	1.408.550	56	1.068.000	60	2.476.550	57
00776 Reforço Institucional: Centro Hospitalar de S. Tomé e Príncipe - (CHSTP)	585.186	23	80.619	4	665.805	15
122 - Saúde básica	526.970	21	645.780	36	1.172.750	27
01937 Hospitalizações - Assistência sanitária em Portugal	3.734	0	7.976	0	11.710	0
04230 Projecto Tripartido de controlo da malária Portugal/EUA/São Tomé e Príncipe.	19.644	1	73.564	4	93.208	2
06598 Educação para a Saúde materno-infantil na cidade das Neves (Lembá)			4.219	0	4.219	0
07268 Sistemas de abastecimento de água ao Hospital Central de S. Tomé	3.592	0			3.592	0
07405 ONG IMVF - Rede de Cuidados de Saúde Primários	500.000	20	500.000	28	1.000.000	23
07927 Estudos operacionais e genéticos sobre resistência a insecticidas em vectores da malária em S. Tomé e Príncipe			25.649	1	25.649	1
07933 Estrutura populacional e fluxo genético de parasitas da malária em ilhas			34.372	2	34.372	1

Fonte: IPAD/ DSP, 2007.



Quadro 11 – Transferências de doentes são-tomenses para Portugal
Unid. Mon.: USD

Discriminação	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de evacuações	400	367	363	277	256
Encargos Estado Português	1.265.320	1.347.055	1.833.876	1.697.858	1.359.014
Transferências OGE - Gab. Ministro	156.227	213.476	235.987	310.377	248.066
Custos Totais	1.421.547	1.560.531	2.069.863	2.008.235	1.607.081
Custos Unitário Governo Português	3.163	3.670	5.052	6.129	5.309
Custos Unitário STP	391	582	650	1.120	969
Custos Unitário Total	3.554	4.252	5.702	7.250	6.278

Fonte: Santana, 2006:49.

1.2.3 – O Projecto “Saúde para Todos”

O projecto “Saúde para Todos” constitui uma das principais intervenções da CP em São Tomé e Príncipe. O Projecto dá continuidade ao trabalho anteriormente desenvolvido pelo IMVF com o projecto “Desenvolvimento Sustentado dos Cuidados Preventivos e Primários de Saúde”, iniciado em 1988, co-financiado pelo IPAD, e alarga simultaneamente a intervenção geográfica aos Distritos de Lobata, Lembá e Água Grande, para além de Mé-Zochi e Cantagalo. Só não estão abrangidos os Distritos de Caué e do Príncipe.

O Projecto tem como **objectivo geral** a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em S. Tomé e Príncipe. Para o efeito, actua na área dos cuidados preventivos e primários de saúde, através da criação de uma rede integrada de cuidados de saúde, contemplando também as vertentes de formação e capacitação dos técnicos e pessoal administrativo, reforço institucional, infra-estruturas, abastecimento de água e saneamento, bem como acções de informação e educação para a saúde, com uma cobertura de 80% da população do país.

A atenção centra-se nos grupos mais vulneráveis: mulheres, crianças e doentes crónicos. No grupo dos beneficiários directos incluem-se, ainda, os técnicos de saúde, pessoal administrativo e dirigentes políticos dos Distritos (Mé-Zochi – 75; Cantagalo – 47; Lembá – 45 e Água Grande – 72). Acrescem, também, como grupo-alvo, os responsáveis políticos pelo sector da saúde, através de acções de promoção de uma legislação adequada e da transferência de experiências e metodologias aplicadas e inovadoras para o sector.

Para além da prevenção e controle da morbi-mortalidade da população alvo, o projecto deve permitir reduzir a afluência ao Hospital Central Dr. Ayres de Menezes e proporcionar-lhe a sua reestruturação de forma a responder de uma forma mais adequada ao seu papel como centro de referência de medicina assistencial em S. Tomé.

O Projecto tem como **objectivos específicos**:



1. O aperfeiçoamento, reforço e consolidação das bases do processo de desenvolvimento sanitário no país, com vista à melhoria das condições de saúde das populações;
2. A melhoria da operacionalidade e eficácia do sistema de saúde, bem como da sua sustentabilidade técnica e financeira, proporcionando um modelo de desenvolvimento sanitário aplicado à escala nacional;
3. O reforço da competência e da qualificação dos recursos humanos de saúde nos Distritos de Mé-Zochi, Cantagalo, Lobata, Lembá e Água Grande;
4. A melhoria das infra-estruturas, equipamentos e materiais essenciais ao reforço e desenvolvimento da rede sanitária;
5. A optimização do impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base já existentes no âmbito da luta contra as principais doenças transmissíveis (doenças da pobreza);
6. A melhoria e reforço das condições de abastecimento de água e saneamento do meio com vista a quebrar as cadeias de transmissão das doenças infecto-contagiosas e tropicais.

1.3 – Metodologia

A presente avaliação é um exercício interno realizado pela Divisão de Avaliação (DA) (Manuela Afonso – chefe da equipa - e Mário Ribeiro) e pela Direcção de Serviços Bilateral I (DSBIL I) (Helena Guerreiro). Os TdR (**Anexo 1**) foram elaborados pelos técnicos da DA e postos à consideração da DSBIL I, da Direcção do IPAD, do IMVF e das autoridades são-tomenses, através da Embaixada de Portugal em S. Tomé.

Tendo por base os TdR, a equipa de avaliação procedeu à recolha e análise da documentação disponível no IPAD e no IMVF sobre o Projecto, bem como à realização de entrevistas com os detentores de interesse em Lisboa (**Anexo 2**). Foi igualmente feita uma pesquisa de documentação relevante na Internet, sobre a problemática da saúde e da luta contra a pobreza em S. Tomé e Príncipe e da abordagem da saúde em Estados frágeis. Esta fase permitiu delinear constatações e conclusões preliminares.

A fase principal da avaliação decorreu em São Tomé, entre 23 de Junho e 7 de Julho. Centrou-se na verificação das constatações preliminares e na identificação e apreciação de dados novos que apenas estavam disponíveis a nível local. Para além da visita a Centros e Postos de Saúde e a infra-estruturas de abastecimento de água e saneamento foram realizadas reuniões com informadores chave e actores do Projecto em S. Tomé, quer ao nível central, do Ministério da Saúde, quer descentralizado (Centros e Postos de Saúde), responsáveis políticos e técnicos, bem como de outros doadores que apoiam o sector da saúde em STP (**Anexo 2**). A recolha de dados estatísticos sobre o Projecto e resultados na saúde da população alvo foi



também realizada fundamentalmente em São Tomé, com o recurso ao trabalho dos dois estatísticos do Projecto. Para garantir a máxima objectividade e comparabilidade dos resultados foi elaborada uma lista de questões para orientar a fase de deslocação ao terreno.

A visita ao terreno também permitiu auscultar junto dos utentes e beneficiários directos do Projecto as suas perspectivas relativamente ao mesmo. No final da missão foram apresentadas as conclusões e recomendações preliminares num *workshop* realizado nas instalações do Centro Cultural Português em S. Tomé, momento em que os presentes (**Anexo 3**) puderam expressar as suas opiniões e comentar os resultados e recomendações apresentados.

1.3.1 – Limitações da avaliação

Na equipa de avaliação nenhum técnico possui formação específica na área da saúde, facto que pode limitar o alcance e profundidade da mesma. Contudo, a equipa procurou confinar os efeitos dessa limitação recorrendo quer a contributos informais de especialistas na matéria, quer ao apoio dos técnicos do IMVF e do Projecto para clarificar dúvidas e aprofundar conhecimentos, quer ainda à consulta de documentação especializada sobre a matéria.

Por outro lado, por se tratar de um exercício a meio percurso (o projecto só será concluído no final de 2007) as questões de avaliação relacionadas com os efeitos e impactos, bem como a sustentabilidade, carecem de limitações de análise, podendo apenas fazer-se previsões, tendo em consideração os resultados alcançados até ao momento da realização do estudo.

No que diz respeito à recolha de dados estatísticos existe grande dificuldade na obtenção de informação desagregada. A equipa teve de confiar nos dados fornecidos pelo Projecto, dada a escassez de informação estatística actualizada a nível nacional. A disparidade de dados sobre o mesmo indicador é uma constante nas estatísticas de STP.

2. Resultados da avaliação

2.1 – Relevância e processo de implementação

Este critério permite apreciar em que medida os objectivos do Projecto são consistentes e adequados aos problemas, necessidades e prioridades de STP e dos beneficiários alvo bem como com as prioridades de intervenção da CP.

2.1.1 - Relevância do Projecto para São Tomé e Príncipe

Tendo em consideração que se trata de um projecto na área da saúde, é preciso ter em atenção as políticas, estratégias e documentos orientadores para este sector em São Tomé e Príncipe.



O Sistema de Saúde de STP assenta num conjunto de documentos entre os quais se destacam:

- *A Política Nacional de Saúde* (1999) – documento orientador, que define as estratégias para o sector da saúde bem como os objectivos a atingir. A prestação de cuidados preconizada por esta Política visa, no quadro da reforma, assegurar um serviço geral de forma a cobrir a maior parte da população com respostas eficazes e de qualidade ao nível distrital e, ao nível central, garantir serviços o mais complexos e sofisticados possível.
- *A Carta Sanitária* (2000) – documento com a descrição da estrutura de oferta dos cuidados de saúde, rede de prestação e condições de acessibilidade. Assenta na rede de centros e postos de saúde, com base distrital, e num hospital central.
- *O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário* (2001) – documento essencial para a implementação da reforma do sector da saúde, com uma síntese das diversas intervenções necessárias em todos os domínios e o estabelecimento de inter-relações com os recursos necessários. É um instrumento de programação, execução e acompanhamento para alcançar os principais objectivos preconizados, a saber:
 - *Promoção de maior equidade nas oportunidades e na prestação de cuidados de saúde através do reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;*
 - *Garantia de uma qualidade crescente dos cuidados;*
 - *Melhoria do acesso aos serviços, da humanização na prestação dos serviços e da satisfação dos utentes;*
 - *Melhoria da gestão dos recursos da saúde, graças ao reforço da descentralização em benefício dos distritos de saúde, uma maior diferenciação do nível central da prestação e gestão que se traduz na melhoria do funcionamento do sistema.*

O distrito sanitário é considerado a unidade funcional da gestão e prestação dos cuidados de saúde, o qual assume a responsabilidade da base do serviço nacional de saúde. O distrito é constituído por um conjunto de estruturas que respondem às necessidades das populações: Centros de saúde; Postos de Saúde e Postos de Saúde Comunitária. Os distritos devem necessariamente dispor de um conjunto de tecnologias de saúde essenciais ao seu conteúdo funcional: para além das prestações de promoção e prevenção, os centros de saúde devem garantir internamento, medicamentos e serviços complementares de diagnóstico (laboratório e radiologia).

Para além dos documentos referidos, é necessário mencionar a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (ENRP), definida em 2002, que estabelece como objectivos gerais o aumento da esperança de vida das populações, acesso e equidade para todos aos cuidados de saúde adequados e de qualidade, contribuindo assim para a redução dos níveis da



mortalidade e da morbilidade respectivamente. A ENRP estabelece como objectivos globais de médio e longo prazo: *(i) a redução da pobreza para metade até 2010 e a menos de um terço até 2015; (ii) conseguir até 2015 o acesso a toda a população aos serviços sociais básicos e promover a melhoria da sua qualidade de vida; e (iii) reduzir consideravelmente as diferenças sociais e de género entre os Distritos e entre estes e a Região Autónoma do Príncipe.* A ENRP desenvolve-se a partir de 5 eixos fundamentais, entre os quais se incluem (i) a reforma das instituições públicas, o reforço das capacidades e promoção de uma política de boa governação e (ii) o desenvolvimento de recursos humanos e acesso aos serviços sociais de base.

No domínio da saúde, os objectivos da ENRP radicam na Política Nacional de Saúde, que reconhece a natureza social da prestação de saúde, e apresenta como objectivos específicos:

- *Criar condições para que a população adquira autonomia para adoptar atitudes, comportamentos e práticas que contribuam para melhorar e preservar a sua saúde;*
- *Reestruturar e organizar os serviços de saúde de base para melhor responderem às demandas geradas, garantindo o acesso e a equidade aos cuidados de saúde;*
- *Implementar de forma integrada acções que conduzam ao combate às doenças que mais contribuem para a morbi-mortalidade no país;*
- *Desenvolver e implementar acções promocionais, preventivas e protectoras dirigidas aos grupos alvos da população, nomeadamente às crianças, adolescentes, jovens, mulheres em idade fértil, trabalhadores e idosos;*
- *Contribuir para a melhoria do estado nutricional das populações nomeadamente nos grupos alvos;*
- *Garantir o acesso aos cuidados especializados (terciários) através da melhoria da qualidade de prestação de serviços do Hospital Dr. Ayres de Menezes;*
- *Contribuir no esforço nacional para a eliminação das condicionantes ambientais que concorrem para uma má qualidade de vida da população e condicionam o seu desenvolvimento. (STP, 2002).*

Directamente relacionado com a saúde pública, o saneamento é igualmente preocupação da ENRP, sendo os objectos estabelecidos neste domínio:

- Elevar para 100% a taxa de cobertura de recolha e de transporte dos resíduos sólidos nas áreas urbanas e peri-urbanas;
- Dotar os 100% das habitações a nível nacional com instalações sanitárias;
- Inventariar devidamente todas as áreas pantanosas de STP de modo a permitir a definição de uma política coerente sobre as mesmas;
- Reabilitar as antigas redes de esgotos para a evacuação das águas pluviais na cidade de São Tomé e construir novas redes;



- Promover uma ampla campanha de hábitos e estilos de vida saudáveis.

São, ainda, de referir:

- O Plano Nacional de Combate à Malária (2001-2010) com os objectivos de:
 - i. Reduzir a mortalidade das crianças menores de 5 anos atribuída à malária, em 100%;
 - ii. Reduzir em 90% a morbilidade causada pela malária na população em geral.

A campanha anti-malária foi lançada na primeira metade de 2003 centrando-se na prevenção, através da educação, uso de redes mosquiteiras impregnadas e desinfestação. O programa contou com o apoio de Taiwan, Portugal e EUA, quer em termos de assistência técnica, dada a reduzida capacidade local, quer de recursos financeiros, para além da contribuição do Governo.

- A Estratégia de Combate ao HIV/SIDA, em 2003, para:
 - i. Reduzir o risco de infecção do HIV/SIDA;
 - ii. Reduzir a vulnerabilidade à infecção;
 - iii. Reduzir o impacto da epidemia.

O programa do XI Governo Constitucional fixou como objectivo fundamental da sua acção o acesso de toda a população são-tomense aos cuidados de saúde básicos e de boa qualidade. Para o efeito definiu três grandes eixos prioritários: i) Reforço institucional, organização e funcionamento do sector de saúde; ii) Alargamento e melhoria da rede de infra-estruturas de saúde, de acordo com a carta sanitária e; iii) Promoção, protecção da saúde e prestação dos cuidados de saúde e luta contra as doenças.

Os objectivos do Projecto (referidos no ponto 1.2), as actividades realizadas e áreas de intervenção, bem como a integração das mesmas na rede de cuidados de saúde, são relevantes e integram-se plenamente nas prioridades e necessidades identificadas pelas autoridades são-tomenses. As entrevistas com as autoridades de saúde, com a OMS e o PNUD, bem como da visita aos centros e postos de saúde e o diálogo com a população alvo, permitem afirmar que se assistiu a uma melhoria significativa nas condições de acesso à saúde nos distritos abrangidos pelo Projecto. As actividades centram-se nos problemas dos grupos mais pobres da população, aumentando a capacidade de prestação de serviços, expandindo a cobertura dos cuidados primários de saúde, com incidência nos grupos mais vulneráveis (mulheres e crianças), dando igualmente ênfase à educação para a saúde. Considera-se, por isso, que o Projecto é relevante para a prestação dos cuidados de saúde básicos e para a luta contra a pobreza em STP.

Ao nível da melhoria das infra-estruturas, equipamentos e materiais, bem como do reforço das capacidades e competência dos recursos humanos de saúde nos distritos abrangidos, a intervenção é relevante face às necessidades internas, promovendo a capacidade de prestar



serviços de saúde. O estado de saúde da população mais vulnerável melhorou e a pressão sobre o Hospital Central diminuiu. É notória a redução da afluência às consultas externas, a algumas consultas de especialidade e às urgências, bem como a redução dos internamentos e da pressão sobre o laboratório de análises clínicas, facto que se deve não só à diminuição da incidência da malária mas, também, ao trabalho desenvolvido pelo Projecto nos centros e postos de saúde.

2.1.2 - Relevância para a cooperação portuguesa

O documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa”,⁶ estabelece como uma das prioridades sectoriais a saúde, tendo por base o saber e experiência adquiridos ao longo dos anos e os ODM para esta área. Nesta linha *“importa sobretudo melhorar a capacidade de trabalhar no âmbito dos cuidados primários e de higiene, aproximando deste modo o esforço da cooperação às primeiras necessidades das populações. Garantir o acesso à saúde constitui uma premissa fundamental do direito à protecção social”*.

Portugal tem como objectivo central da sua política de cooperação a redução da pobreza sendo a saúde uma área central nesse contexto. Promover as condições de saúde básica é uma condição essencial para a redução da pobreza o que torna o Projecto relevante para a CP.

2.1.3 - Flexibilidade e exequibilidade do Projecto

O Projecto tem sido implementado como o previsto, quer em termos de calendário, quer de recursos (financeiros, materiais e humanos). A sua implementação permitiu identificar outras necessidades a partir das quais foram delineadas novas intervenções, alargando o seu âmbito de actuação a novas áreas não previstas (**Anexo 4**), como:

- Consultas da especialidade – medicina interna, ginecologia/obstetrícia, cirurgia e estomatologia;
- Fornecimento de vacinas para resolver problemas de rotura de stock (hepatite B);
- Reagentes químicos e medicamentos para a tuberculose, para colmatar as lacunas devido a falhas de cálculo por parte da OMS;
- Fornecimento de anti-retrovirais para colmatar uma rotura nacional de stocks;
- Fornecimento de equipamentos e materiais.

O Projecto é realista na escolha e qualidade dos recursos (financeiros, humanos e administrativos). A opção por recursos humanos locais é um aspecto central, facto que pode potenciar a apropriação e sustentabilidade da intervenção. Ao integrar-se no SNS, absorve e

⁶ Resolução de Conselho de Ministros 196/2005, de 22 de Dezembro.



envolve o pessoal do MS a trabalhar nos distritos abrangidos (218 técnicos e pessoal administrativo), para além da contratação de 60 técnicos locais.

Embora o documento do projecto não tenha uma matriz de enquadramento lógico claramente definida, foi possível delinear-la (**Anexo 5**). O Projecto tem objectivos claramente definidos e centrados nas necessidades identificadas e os objectivos específicos são alcançáveis (ver 2.2). Os beneficiários/grupos alvo pretendidos correspondem àqueles que realmente beneficiam do Projecto, abrangendo 80% da população de S. Tomé.

Relativamente à componente formação de recursos humanos, foram realizadas acções de formação para os técnicos de saúde mas não para o pessoal administrativo e dirigentes políticos.

O Projecto é coerente com outras iniciativas em curso no âmbito da saúde, quer da CP, quer de outros doadores. No quadro da Cooperação Portuguesa, é actualmente o único projecto na área da saúde em STP embora, até 2006, tenha sido dado apoio ao Centro Hospitalar.⁷ Em 2005 foi concedido apoio à AML, para intervir no Distrito de Caué, para além da continuação das evacuações de doentes com necessidades de cuidados terciários mais especializados, que se mantêm até hoje.

Relativamente a outros doadores existe complementaridade nas intervenções: a cooperação de Taiwan dá apoio ao Centro Policlínico de Água Grande e está também presente no Centro de Saúde de Neves e no Posto de Saúde de Guadalupe,⁸ ambos abrangidos pelo Projecto sem que, contudo, haja sobreposição de actividades. Quanto à OMS a intervenção centra-se na área do HIV-SIDA.

Os objectivos estabelecidos pelo Projecto tratam correctamente os problemas identificados e as necessidades das populações alvo. A natureza dos problemas inicialmente identificados mudou ligeiramente. A incidência da malária diminuiu e o projecto teve capacidade para se adaptar à nova realidade. Embora não esteja centrado na luta contra a malária (e não tenha sido necessário alterar os objectivos), com a diminuição desta causa de morte emergiram novas patologias. O Projecto alargou a sua atenção, passando a prestar consultas de novas especialidades, forneceu equipamentos não previstos e respondeu a solicitações nacionais pontuais.

Entre Abril de 2005 e Abril de 2006 registou-se uma epidemia de cólera o que levou o Projecto a dar prioridade aos esforços de tratamento, controle e prevenção deste surto, ainda que com

⁷ O qual foi interrompido em Outubro de 2005, na sequência de um diferendo entre a equipa de técnicos portugueses e a Direcção do Hospital.

⁸ Além disso fornece equipamentos médicos, dá assistência técnica, formação de quadros, e constrói infra-estruturas sanitárias. Taiwan também desenvolveu uma acção importante na redução da malária através das pulverizações e do fornecimento de redes mosquiteiras impregnadas.



uma pausa intermédia de 3 meses, na época da gravana⁹, face ao abrandamento do surto. A reorientação fez-se aos vários níveis: fornecimento de medicamentos, desinfectantes e soros, apoio logístico, técnico, campanhas de educação e formação para a saúde e, ainda, de capacidade de internamento. Desde então não voltou a haver necessidade de reorientar os serviços, registando-se uma maior disponibilidade para outras áreas, abrindo janelas de oportunidade a programas não previstos inicialmente: cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia e medicina interna.

Os Delegados de Saúde, funcionários do Ministério da Saúde, assumem um papel fundamental na implementação do Projecto. São responsáveis pela gestão de todos os serviços de saúde nos respectivos distritos e fazem parte do Conselho de Direcção do MS, no qual o representante do Projecto também tem assento. São os Delegados que se articulam com o Projecto, através de reuniões regulares (quinzenais ou mesmo semanais). Os responsáveis pelos Postos de Saúde são enfermeiros, que se articulam com os Delegados de Saúde. É sempre o Delegado de Saúde que envia para o Projecto a lista de necessidades, desde técnicas (pessoal) a materiais (medicamentos, equipamentos, consumíveis, etc.). O relacionamento do Projecto com o Ministério da Saúde também é feito através dos Delegados de Saúde.

Para além da prestação de cuidados primários de saúde, a capacitação institucional é outra vertente do Projecto, aspecto muito relevante atendendo à situação de grave carência do Sistema Nacional de Saúde, como referido no enquadramento. No que diz respeito à formação de recursos humanos, o Projecto fez inicialmente o levantamento das necessidades, tendo por base o pacote integrado de serviços.¹⁰ O levantamento das necessidades foi sendo revisto com base na informação dos Delegados de Saúde e nas missões de acompanhamento do Projecto. Ao nível das necessidades de capacitação institucional são também os Delegados de Saúde que as identificam.¹¹

Os mecanismos de financiamento, gestão e coordenação são claros mas as questões da apropriação e do fortalecimento local são aspectos difíceis de alcançar. As carências de recursos humanos e, sobretudo, financeiros, dificultam a apropriação ainda que se assista a um fortalecimento da capacidade institucional ao nível dos Centros e Postos de Saúde, os quais, face à natureza do Estado só devem ser perspectivados a longo prazo (ver sustentabilidade).

⁹ Meses de Julho a Outubro.

¹⁰ Por exemplo, o fornecimento de equipamento de laboratório para os centros de saúde implicou a formação de técnicos e, em alguns casos, a contratação de novos técnicos.

¹¹ Por exemplo, o Posto de Saúde de Conde não estava previsto na rede de saúde e foi posteriormente incluído por decisão da Delegada de Saúde, com base na necessidade de serviços para uma comunidade com uma elevada densidade populacional.



2.1.4 - Processo de implementação

As actividades estão a ser implementadas como previsto e foram realizadas actividades adicionais, sem alteração de custos. Os recursos têm sido fornecidos no momento oportuno e na quantidade adequada. O projecto evidencia uma grande flexibilidade ao nível dos recursos, actividades e resultados. Os métodos de implementação propostos incluem:

- A participação directa e responsável dos beneficiários e grupos alvo;
- O apoio aos responsáveis políticos, na implementação de uma estratégia progressiva de descentralização;
- O reforço do nível profissional e experiência dos técnicos de saúde e pessoal administrativo;
- O desenvolvimento de parcerias com os media para realizar campanhas de educação/informação para a saúde;
- A adopção do modelo de sustentabilidade desenvolvido desde 1997 em Mé-Zochi e Cantagalo;
- A melhoria das infra-estruturas e equipamentos e reforço do pacote integrado de saúde;
- A promoção do desenvolvimento de mecanismos de coordenação entre o projecto e os restantes actores.

A gestão é feita de forma rigorosa, com um controlo de custos e de aquisições que procura potenciar economias de escala na aquisição dos diversos materiais, equipamentos, medicamentos e consumíveis no mercado internacional. Uma das mais valias do Projecto é a de permitir que cada Distrito faça uma gestão mais eficaz e eficiente dos seus recursos para, quando o projecto terminar, poder continuar uma gestão racional. Contudo, a questão do financiamento é central: o que se cobra pelos serviços de saúde prestados não é suficiente para o funcionamento do SNS. Está em causa uma decisão política quanto ao modelo de financiamento e sobre o montante que deve ser cobrado para garantir a sustentabilidade do sistema.

Do ponto de vista dos resultados, os mesmos têm estado a ser alcançados como o previsto (ver eficácia). Há, inclusive, resultados extra projecto como é o caso das consultas de especialidade (cirurgia geral, medicina interna, ginecologia/obstetrícia, estomatologia), de obras de reabilitação, equipamentos, abastecimento de água e energia eléctrica para os centros e postos de saúde e alargamento a novos postos de saúde, adaptação de estruturas para servirem de postos de saúde (Conde e Santa Cecília), apoio à saúde reprodutiva, vacinação contra a hepatite B, fornecimento de anti-retrovirais e tuberculoestáticos.

O IMVF desloca-se ao terreno trimestralmente em missão de acompanhamento e avaliação, mantendo o coordenador geral contacto quase diário com a sede em Lisboa. Durante as



missões, é feito o levantamento *in loco* e estabelecido contacto directo com os Delegados, técnicos e utentes, para avaliar a evolução do Projecto e identificar os problemas existentes. É feita uma reunião de balanço com o Conselho Coordenador do Projecto: Delegados, coordenadores e responsáveis sectoriais (ao todo, cerca de 40 pessoas). Nestas reuniões, faz-se o balanço global, discutem-se os constrangimentos e definem-se as metas a alcançar no trimestre seguinte. Nas visitas são também estabelecidos contactos institucionais com a Embaixada de Portugal, o Ministério da Saúde e outras autoridades são-tomenses, bem como com organizações internacionais.

A comunicação com os serviços da Embaixada é feita pelo coordenador geral do projecto e a articulação com o IPAD é assegurada pelos serviços centrais do IMVF. Os relatórios trimestrais e o relatório anual são entregues ao IPAD e à Embaixada de Portugal, bem como ao Ministério da Saúde. Não foi referida qualquer dificuldade de relacionamento com os serviços da Embaixada ou do IPAD. O relacionamento é considerado pelo Projecto como excelente e facilitador da sua implementação.

O Projecto tem um elevado reconhecimento em STP, podendo falar-se num sentimento de apropriação. A população em geral, bem como os técnicos envolvidos, reconhecem a sua importância e benefícios. Testemunho deste apreço é o facto de os dois distritos não abrangidos (Príncipe e Caué) terem manifestado à equipa de avaliação a vontade de o mesmo se alargar à restante população do país.

A quebra do paludismo e a abertura política facilitaram a eficácia da implementação do Projecto. Outros factores que têm facilitado a implementação são:

- Apropriação por parte dos Delegados de Saúde;
- Complementaridade entre os coordenadores e responsáveis sectoriais;
- Boa explicação de tarefas e cadeia de comando bem definida;
- Utilização de quadros locais, conhecedores da cultura e realidade são-tomense;
- Sinergias com outros actores: Cruz Vermelha, UNICEF, OMS e FONG.

A fragilidade institucional e alguma inércia do MS, nomeadamente ao nível da capacidade financeira, de gestão e informação, são factores potencialmente inibidores da apropriação e sustentabilidade do Projecto.

2.2 – Eficácia

A eficácia refere-se ao alcançar dos objectivos do projecto – os objectivos específicos são alcançados, ou espera-se que venham a ser alcançados, através dos resultados.

Como já foi referido, todas as actividades previstas foram executadas, com excepção das acções relacionadas com a produção de legislação, destinadas aos responsáveis políticos pelo



sector da saúde. Contudo, foram realizadas actividades extra, sem aumento de custo, procurando responder a mudanças no contexto e a solicitações do SNS.

De uma forma geral, os objectivos específicos estão a ser cumpridos e as taxas de cobertura/utilização dos serviços de saúde estão acima dos valores mínimos definidos pelo BM, para a África Subsariana, como a seguir se pode ver.

2.2.1 - Acesso e utilização dos serviços/resultados do projecto

O acesso e utilização por parte dos beneficiários alvo podem ser apreciados através das taxas de utilização do pacote mínimo de saúde definido pelo Banco Mundial, em 1994. Estes indicadores permitem apreciar a cobertura/acesso/consumo de cuidados de saúde. Comparando os valores de cobertura mínima em zona rural da África Subsariana com os do Projecto verifica-se que os valores dos distritos abrangidos pelo Projecto têm taxas de cobertura superiores aos mínimos exigidos, evidenciando uma boa eficácia do projecto (quadro 12).

Quadro 12 – Cobertura dos cuidados de saúde básicos

Tipo de serviço	Taxa mínima de Utilização	Taxa de utilização do Projecto	
		2005	2006
Saúde Infantil (0-4)	1.1	4.71	4.59
Serviço Integrado (5-14)	0.2	1.67	1.59
Planeamento Familiar	0.2	2.22	1.73
Consulta Pré-natal	1.9	7.01	6.30
Partos assistidos (Lembá)	0.3	0.67	0.69
Vigilância Puerpério	0.5	0.70	0.47
Cuidados Curativos (>15)	0.7	0.99	1.16
Nº total de Serviços	1.14	1.82	2.25

Numa análise comparativa dos 5 Distritos (quadro 13), verifica-se que todos eles têm boas taxas globais de cobertura, com valores bastante elevados em Água Grande (apenas a população abrangida pelos Postos de Praia Gambôa, Vila Fernanda e Pantufo), Lembá e Lobata. As taxas mais baixas em 2006 relativamente a 2005 podem estar relacionadas com dois factos: (i) quebra paulatina dos casos de paludismo, (ii) surto de cólera em 2005.

O pacote de cuidados de saúde não inclui as consultas da especialidade que o Projecto tem vindo a disponibilizar à população alvo, apesar de inicialmente não estarem previstas (quadro 14).

Quadro 13 – Cobertura dos cuidados de saúde básicos, por Distrito

Distrito	Tipo de serviço	Taxa de utilização do Projecto	
		2005	2006
Água Grande*	Saúde Infantil (0-4)	5.49	11.85
	Serviço Integrado (5-14)	1.90	4.11
	Planeamento Familiar	5.01	4.62
	Consulta Pré-natal	14.21	18.41
	Vigilância Puerpério	1.27	1.22
	Cuidados Curativos (>15)	1.32	1.91
	Nº total de Serviços	2.79	4.51
Cantagalo	Saúde Infantil (0-4)	3.42	3.57
	Serviço Integrado (5-14)	1.29	1.00
	Planeamento Familiar	2.65	1.65
	Consulta Pré-natal	6.40	3.71
	Vigilância Puerpério	0.98	0.34
	Cuidados Curativos (>15)	1.16	1.37
	Nº total de Serviços	1.78	1.53
Lembá	Saúde Infantil (0-4)	6.49	4.05
	Serviço Integrado (5-14)	2.25	1.40
	Planeamento Familiar	1.27	1.17
	Consulta Pré-natal	5.65	4.63
	Partos Assistidos	0.67	0.69
	Vigilância Puerpério	0.66	0.38
	Cuidados Curativos (>15)	2.18	1.57
Nº Total de Serviços	2.63	1.80	
Lobata	Saúde Infantil (0-4)	6.01	4.56
	Serviço Integrado (5-14)	2.08	1.58
	Planeamento Familiar	1.68	1.24
	Consulta Pré-natal	4.38	1.12
	Vigilância Puerpério	0.16	0.35
	Cuidados Curativos (>15)	1.57	2.19
	Nº Total de Serviços	2.28	2.06
Mé-Zochi	Saúde Infantil (0-4)	5.12	3.20
	Serviço Integrado (5-14)	1.84	1.11
	Planeamento Familiar	1.92	1.02
	Consulta Pré-natal	5.41	2.97
	Vigilância Puerpério	0.58	0.25
	Cuidados Curativos (>15)	0.37	0.59
	Nº Total de Serviços	1.52	1.16

* Por falta de dados estatísticos desagregados, as taxas foram calculadas para 1/3 da população total do Distrito.

Quadro 14 – Consultas da especialidade

Consultas	2005	2006
Cirurgia Geral	298	1526
Estomatologia (Trindade)	317	313
Medicina Interna	-	1120
Ginecologia/Obstetrícia	-	2507
Total	615	5466

Outros serviços fornecidos, e não incluídos no quadro 12, dizem respeito ao combate à:

- Tuberculose, em colaboração com o Programa Nacional DOTS/OMS através de: (i) treino e capacitação do pessoal técnico; (ii) diagnóstico de casos; (iii) despistagem dos controlos; (iv) tratamento e controlo dos doentes, tendo sido atendidos 153 casos em 2006.
- Malária – Implementação das actividades acordadas nos eixos de actuação do Programa de Luta anti-palúdica nos 5 distritos alvo e vigilância epidemiológica.
- HIV/SIDA – Actuação em coordenação com o Programa Nacional de Luta contra o HIV/SIDA, tendo sido atendidos 86 doentes, em 2006.

O Projecto tem uma atitude proactiva na promoção do uso e benefício dos serviços prestados, realizando semanalmente programas de sensibilização e educação para a saúde quer no Jornal “Correio da Semana”, quer na rádio e na Televisão de São Tomé.

Para além dos serviços e actividades relacionadas com os cuidados básicos de saúde, o Projecto previa a recuperação/manutenção de infra-estruturas, equipamentos e materiais essenciais ao reforço da rede sanitária. No primeiro ano, estava prevista a reabilitação de 7 centros e postos de saúde,¹² tendo as mesmas sido efectuadas. No segundo ano o Projecto previa a reabilitação de seis centros e postos tendo sido reabilitados doze,¹³ ou seja, o dobro do previsto, para além da manutenção dos 7 reabilitados no ano anterior.

Em 2005, embora não estando previsto no Projecto, foi equipada a maternidade do Centro de Saúde de Guadalupe, construída pelas autoridades de S. Tomé e que estava inoperacional por

¹² Trindade, Bombom, Caixão Grande e Madalena no Distrito de Mé-Zochi; Santana, Ribeira Afonso e Uba-Budo, no Distrito de Cantagalo.

¹³ Neves, Diogo Vaz, Santa Catarina, no Distrito de Lembá; Pantufo, Paria Gambôa Vila Fernanda, no Distrito de Água Grande; Desejada, Santo Amaro, Micoló e Guadalupe, no Distrito de Lobata e Santa Margarida e Milagrosa no Distrito de Mé-Zochi.



falta de equipamento. A maternidade aguarda agora a colocação de técnicos pelo MS para iniciar a sua actividade.

Na vertente saneamento do meio (construção de latrinas e lavandarias) e abastecimento de água potável, foram criadas todas as infra-estruturas inicialmente previstas, tendo mesmo sido alargados a outros locais.¹⁴

Em termos de fornecimento de energia eléctrica foram equipados 13 centros e postos de saúde com geradores, para colmatar os frequentes cortes de energia que punham em causa o bom funcionamento de serviços (análises clínicas, conservação de vacinas e produtos, esterilização). Para além do fornecimento de frigoríficos, todos os centros e postos de saúde se encontram equipados com estufas ou autoclaves, ainda que o projecto apenas tenha inicialmente previsto fornecer 3 estufas e 4 autoclaves. Todos os centros e postos estão equipados com farmácia, com abastecimento regular em termos quantitativos e qualitativos.

A introdução de meios complementares de diagnóstico nos centros e postos de saúde permitiu aumentar significativamente a sua capacidade de realização de análises.¹⁵ Em 2005, foram atendidos 40456 doentes e efectuadas 55014 análises nos centros e postos de saúde abrangidos pelo Projecto. Este aumento de capacidade reflectiu-se na redução da pressão sobre o laboratório do Hospital Central.

Em matéria de meios logísticos, em 2005 foram adquiridas 6 viaturas de cabine dupla 4x4, para apoio do Projecto e foi adquirido material informático e audiovisual (televisões, DVD, câmaras digitais e de filmar) para os programas de educação e informação para a saúde (**Anexo 4**).

Foram realizadas todas as campanhas de educação e informação para a saúde e efectuadas as acções de formação apenas aos técnicos de saúde, excluindo para os funcionários administrativos cuja formação estava inicialmente previstas. Para além das campanhas de vacinação (de crianças dos 0-5 anos e mulheres grávidas e em idade fértil), foram realizadas campanhas de desparasitação das crianças e efectuadas sessões de educação e informação para a saúde para os professores e encarregados das creches e jardins-de-infância. As campanhas de educação sanitária realizadas incluíram sessões de comunicação, informação e sensibilização e educação para a saúde sobre a importância da vacinação, nutrição, saneamento do ambiente e prevenção e controle da cólera. Para além das visitas ao terreno foi

¹⁴ Por exemplo, o abastecimento de água aos centros e postos de saúde, embora não previsto inicialmente, foi incluído em 2006, por se ter verificado a ausência desta infra-estrutura em alguns deles: foi garantido o abastecimento de água a 9 Centros e Postos – Neves, Santa Catarina, Praia Gambôa, Vila Fernanda, Pantufo, Bombom, Madalena, Caixão Grande e Água Izé.

¹⁵ Antes da intervenção do Projecto, nenhum dos centros fazia análises de bioquímica (espectrofotómetros), serologia, bacteriologia, virologia e hematologia (contadores hematológicos automáticos) e parasitologia (microscópios, banho-maria, centrífugas, agitadores, micropipetas e pontas, kits de reagentes, etc.) e passaram a fazê-las na sequência do fornecimento dos equipamentos pelo Projecto e respectiva formação dos recursos humanos.



também utilizada a comunicação social (rádio, jornal e televisão) na promoção e divulgação destas campanhas.

Embora as questões transversais não estejam explícitas no documento do Projecto, indirectamente acaba por haver reflexos ao nível ambiental – saneamento e abastecimento de água, campanhas de educação para a saúde – o mesmo acontecendo ao nível das questões de género, dado que parte dos cuidados são vocacionados para a saúde materno-infantil e para o planeamento familiar.

As actividades e resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que o Projecto dá um importante contributo na redução da pobreza, e sua doenças, e no alcançar dos ODM, através do reforço dos serviços de saúde dirigidos aos estratos mais pobres da população, da atenção dada aos problemas de saúde dos grupos mais vulneráveis (mulheres, crianças e doentes crónicos), e das campanhas de educação para a saúde.

2.2.2 - Grau de cumprimento dos objectivos específicos

A forma como o Projecto está a ser implementado e os resultados alcançados até ao momento permitem afirmar com segurança que os objectivos específicos estão a ser cumpridos:

- Assiste-se a uma melhoria das infra-estruturas, equipamentos e materiais essenciais ao reforço e desenvolvimento da rede sanitária;
- Há optimização do impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base já existentes no âmbito da luta contra as principais doenças transmissíveis (doenças da pobreza);
- Verifica-se uma melhoria e reforço das condições de abastecimento de água e saneamento do meio com vista a quebrar as cadeias de transmissão das doenças infecto-contagiosas e tropicais;
- Verifica-se o reforço da competência e da qualificação dos recursos humanos de saúde nos distritos abrangidos pelo projecto;
- Assiste-se a uma melhoria da operacionalidade e eficácia do sistema de saúde, ainda que a sustentabilidade técnica e financeira não seja previsível a médio prazo (ver sustentabilidade);
- Quanto ao aperfeiçoamento, reforço e consolidação das bases do processo de desenvolvimento sanitário no país, com vista à melhoria das condições de saúde das populações, o contributo do projecto faz-se sentir nos distritos abrangidos mas é prematuro afirmar que tem efeitos ao nível de todo o país.

É evidente a contribuição do Projecto para a melhoria da qualidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em STP. A promoção da sua sustentabilidade, aspecto também referido no objectivo global do projecto, é mais difícil de prever (ver 2.5), apesar de as actividades



previstas terem sido realizadas e de terem sido implementadas actividades extra, sem aumento de custo, procurando responder a mudanças no contexto e a solicitações do SNS.

2.3 – Eficiência

A eficiência diz respeito à forma como as várias actividades transformam os recursos disponíveis em resultados esperados, em termos de custo, quantidade, qualidade e oportunidade. As comparações devem ser feitas relativamente ao planeado.

2.3.1 - Qualidade da gestão diária

A gestão do Projecto é feita de forma rigorosa, com um forte controlo dos custos, procurando fazer as aquisições ao mais baixo custo no mercado internacional, fazendo economias de escala e controlando com rigor as actividades e resultados alcançados.¹⁶

São feitas reuniões quinzenais e, por vezes, semanais, entre a equipa central do Projecto (técnicos do projecto e Delegados de Saúde) para definir prioridades, identificar problemas e fazer adaptações. A articulação com o MS é feita através dos Delegados de Saúde. A gestão tem demonstrado flexibilidade na resposta a mudanças nas circunstâncias – exemplos disso são a resposta pronta ao surto de cólera, em 2005, e à rotura de stock nacional de medicamentos (anti-retovirais) e vacinas (hepatite B).

O Projecto dispõe de um importante suporte estatístico, com dois técnicos para o efeito. A gestão da informação e reporte tem boa qualidade e os relatórios produzidos são difundidos pelos detentores de interesse (MS, IPAD, FCG, principais parceiros internacionais e público em geral através dos órgãos de comunicação social do país).

Os recursos têm sido sempre fornecidos a custos mais baixos do que os inicialmente planeados, excepto as obras de recuperação de infra-estruturas.¹⁷ A rubrica imprevistos, que corresponde a cerca de 10% no orçamento do Projecto, nunca foi utilizada. Os prazos e metas definidos no documento do projecto têm sido respeitados, não se registando qualquer derrapagem orçamental ou atraso de implementação de actividades. Os recursos do Projecto têm sido geridos de forma transparente, com prestação regular de contas. Até ao final de 2006, foram realizadas 8 auditorias e apresentados relatórios trimestrais de execução.

2.3.2 - Disponibilidade de meios/recursos

¹⁶ Mensalmente há um programa de gestão de stocks onde são registadas as entradas e saídas, actualizada a média de consumo e feitos alertas para encomendas, numa perspectiva de satisfação de gastos num horizonte de 9 meses. É actualizada a contabilidade em termos de existências em stock, de saídas e entradas de medicamentos e a percentagem de verbas para apoiar o funcionamento e os subsídios do pessoal ligado à venda de medicamentos (os farmacêuticos e técnicos de laboratório recebem um suplemento salarial pela boa gestão dos serviços).

¹⁷ O custo do saco de cimento, por exemplo, varia muito e há por vezes revisões de orçamentos dos pedreiros, ainda que os custos sejam bastante reduzidos.



O projecto é co-financiado pelo IPAD, FCG e IMVF (quadro 15), para além da contribuição do MS de STP no pagamento dos salários dos técnicos e pessoal administrativo dos Centros e Postos de Saúde, no pagamento da energia e abastecimento de água. Os recursos têm sido fornecidos e/ou disponibilizados atempadamente para implementar as actividades, por todas as partes identificadas. Em termos de disponibilização dos recursos financeiros, o primeiro pagamento foi feito por adiantamento, o que deu margem de manobra para a implementação. Além disso, o IMVF tem um fundo de maneo que colmata eventuais atrasos por parte dos principais financiadores.

Quadro 15 – Despesas realizadas no período 2005-06, por grandes rubricas e financiadores

Rubricas	2005			2006			Total Rubricas	%
	IPAD	FCG	IMVF	IPAD	FCG	IMVF		
Recursos Humanos	133.303,28	8.199,60	7.987,92	190.542,09	37.137,74	0,00	377.170,63	25%
Viagens	7.537,20	0,00	0,00	6.348,23	3.927,24	0,00	17.812,67	1%
Equipamentos e fornec.	215.466,77	41.811,08	131.203,20	110.174,54	40.075,39	27.936,00	566.666,98	38%
Funcionamento	39.170,33	0,00	3.969,99	53.945,56	0,00	0,00	97.085,88	6%
Outros custos e Serviços	9.037,18	4.855,21	113,29	14.978,62	9.277,16	0,00	38.261,46	3%
Outros (Obras+transportes)	50.205,66	36.181,00	93.372,53	78.626,59	0,00	5.496,35	263.882,13	18%
Custos Administrativos	45.415,57	9.089,89	23.664,86	45.456,26	9.090,90	3.343,24	136.060,72	9%
Total	500.135,99	100.136,78	260.311,79	500.071,89	99.508,43	36.775,59	1.496.940,47	100%
SOMA TOTAL	860.584,56			636.355,91				
%	58%	12%	30%	79%	16%	6%		
Comparticipação Financeira	500.000,00	99.988,90	260.235,24	500.000,00	99.500,00	36.739,10		

Em 2006 houve um ajuste no processo de financiamento por parte do IPAD. Foi autorizada a apresentação do último relatório financeiro de cada ano antes do relatório técnico, considerando o tempo necessário para apurar os seus indicadores estatísticos. Foi assim evitado o atraso do pagamento da 1ª tranche do ano seguinte. Em 2006 este pagamento foi efectuado em Junho mas, com estas alterações, o equivalente foi desbloqueado em Março de 2007. Contudo, este atraso não se reflectiu na implementação do Projecto.

A comparticipação do MS diz respeito ao pagamento dos salários dos técnicos e pessoal de saúde, o qual tem sido feito atempadamente. Quanto aos medicamentos, já houve pontualmente alguma redução de stock de alguns medicamentos não essenciais, devido a atrasos do transporte, mas sem efeitos sobre os utentes.

O IPAD é o principal financiador do Projecto. Mais de 1/3 dos recursos foram utilizados em equipamentos e fornecimentos e ¼ em recursos humanos. As despesas em recursos humanos dizem respeito aos salários dos 60 técnicos do Projecto e aos suplementos salariais dados aos técnicos do MS a trabalhar nos Centros e Postos de Saúde, como forma de promover o seu envolvimento e empenhamento no trabalho desenvolvido. Em caso de absentismo os técnicos vêem os suplementos ser reduzidos. Há uma diferença de salário entre técnicos do MS e



técnicos do projecto, que não é uma questão pacífica, tendo sido sentido, no quadro dos contactos realizados, algum mal-estar e tensões.

O Projecto previa a recuperação gradual dos custos como forma de promover a sustentabilidade económica e financeira após a cessação do financiamento do IPAD. A comparticipação progressiva e gradual dos utentes nos custos contribuiria para atingir as seguintes metas:

- Estabilização da recuperação de custos com medicamentos e consumíveis médicos a 100%;
- Recuperação dos custos com análises clínicas a 100%;
- Ultrapassar o défice do MS com as despesas de pessoal e funcionamento.

A adopção deste modelo ainda não conduziu à sustentabilidade esperada. Em 2005 a taxa líquida de recuperação de custos com os medicamentos situou-se nos 72% e, em 2006, nos 88%. Algumas tentativas de aumento das comparticipações/taxas, para além da actualização face à desvalorização da dobra, tiveram que ser revistas. Por exemplo, a aplicação, nos primeiros meses, de um cartão de utente, teve que ser eliminada quer porque os doentes crónicos desapareceram por impossibilidade de pagar, quer porque o mesmo cartão era usado por vários utentes. O actual sistema é o de pagamento por acto médico, com isenção para os doentes crónicos. As urgências e a saúde reprodutiva também estão isentas de taxas. As taxas praticadas são inferiores às do Hospital Central e do Centro Policlínico de Água Grande, respeitando a legislação em vigor sobre a matéria.

Alguns distritos (Lobata, Lembá e Água Grande) têm uma gestão autónoma de medicamentos e dos serviços prestados, conseguindo resolver vários problemas de forma autónoma, sem pedir apoio ao projecto ou ao MS. Por exemplo, em Lobata e Lembá, o Delegado de Saúde consegue receitas para gerir autonomamente os combustíveis, as reparações e as dietas dos internados. Em Mé-Zochi e Cantagalo, as mais valias são geridas pelo Projecto.

2.3.3 - Custos unitários

De acordo com o Banco Mundial (1994), o custo do pacote mínimo de cuidados de saúde,¹⁸ com base distrital, na África Subsariana, situa-se nos 13,22 dólares *per capita*, por ano. Tendo em consideração o valor global do projecto e a população abrangida, os custos *per capita* por ano do Projecto foram de 9,26 €, em 2005, e 7,57€, em 2006, ou seja, 11,51 USD e 9,50 USD., respectivamente.¹⁹ Estes valores não incluem as despesas do MS relativamente aos Centros e

¹⁸ O pacote de serviços mínimo inclui 3 itens: 1) serviços de saúde básica (cerca de 60%); 2) serviços de apoio (cerca de 10%); 3) intervenções intersectoriais (cerca de 30%), todos eles contemplados pelo Projecto.

¹⁹ Foi utilizada a taxa de câmbio fixa do CAD para 2005 – 1 USD = 0,8046€; e para 2006 – 1 USD. = 0,7967€. Foi feita a taxa de actualização do dólar situando-se o pacote mínimo do BM nos 18 dólares *per capita*, em 2005.



Postos de Saúde (salários, água e energia) mas incluem os suplementos salariais. Não foi possível desagregar os dados para calcular os custos por Distrito. O projecto indicia uma boa eficiência, fornecendo cuidados de saúde básica a baixo custo.

A utilização de mão-de-obra local por oposição ao recurso de expatriados, reflecte-se numa relação custo/benefício baixa, contribuindo para potenciar a sustentabilidade a longo prazo.

2.3.4 - Implementação das actividades

O Projecto tem um calendário (ou plano de trabalho) das actividades e dos recursos e é usado pela gestão. As actividades têm sido implementadas como planeado e a custos mais baixos que o orçamentado, nomeadamente no que respeita às aquisições.

Não há intervenções similares a decorrer no país que permitam alcançar os mesmos resultados a menor custo. A intervenção da AMI, apoiada pelo IPAD, na área da saúde em Caué, em 2005, embora de natureza diferente (com um carácter mais de ajuda humanitária), teve um custo *per capita* de 18,73€.

2.3.5 - Contribuição / envolvimento dos parceiros

Todos os parceiros têm participado no projecto. As contribuições da CP e IMVF (co-financiamento, formação, contratação, etc.) têm sido fornecidas como planeado. As contribuições de STP dizem respeito ao pagamento dos salários base dos técnicos de saúde, abastecimento de água e energia.

2.4 – Previsão de efeitos

O termo efeitos denota a relação entre os objectivos específicos e o objectivo global do projecto. Analisa a previsão de efeitos e impactos na população e sua contribuição para o objectivo global.

Os objectivos do Projecto estão a ser alcançados como o previsto e estão a contribuir para o alcançar do objectivo global. A forma como está a ser implementado e os resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que o Projecto tem fortes probabilidades de produzir efeitos positivos ao nível da:

- Melhoria dos indicadores de saúde – redução da mortalidade infantil e materna; aumento da taxa de cobertura de vacinação;
- Melhoria da saúde preventiva e curativa nas populações dos distritos abrangidos – alargamento a novas áreas;
- Melhoria da capacidade técnica do pessoal dos centros e postos de saúde – maior capacidade técnica, nomeadamente laboratorial;



- Melhoria das condições de trabalho nos centros e postos, bem como das condições de acesso para os utentes – ar condicionado, televisão, água canalizada, geradores, transporte dos funcionários;
- Reforço da capacidade institucional dos Centros e Postos de saúde – formação *on job* e modelo de gestão descentralizado.

Ao apostar em recursos locais, o Projecto está a contribuir para o desenvolvimento económico e social e para evitar a “fuga de cérebros”, possibilitando a fixação de técnicos especializados em S. Tomé.

É de esperar que o aumento da cobertura e do acesso a serviços pré-natais, a partos assistidos, e a consultas e vacinação de crianças tenha efeitos sobre o estado de saúde das crianças e das mulheres em idade reprodutiva.

Efeitos não esperados podem ser identificados nas questões salariais. Existe algum mal-estar entre o pessoal do MS relativamente ao do projecto, como já foi referido, tornando-se necessário repensar o sistema de compensações das pessoas que estão no terreno.

O modelo de gestão adoptado levou à identificação de necessidades de formação na área da gestão e de capacitação dos recursos humanos para a coordenação. O importante papel desempenhado pelos Delegados de Saúde veio pôr em evidência as carências a este nível, o qual precisa de ser reforçado, para promover a apropriação e sustentabilidade.

Em termos de efeitos multiplicadores, apesar de não haver estudos, pode afirmar-se²⁰ que foram produzidos efeitos ao nível do Hospital Central. Os Centros e Postos de saúde têm bom funcionamento e são capazes de satisfazer não só a procura de cuidados de saúde primários mas também alguns secundários, assistindo-se a uma menor pressão sobre o Hospital Central Dr. Ayres de Menezes. É prematuro afirmar que o Projecto produz efeitos na redução das evacuações para Portugal.

Ao nível distrital é previsível que se sintam efeitos multiplicadores:

- Na melhoria da capacidade institucional do MS, desenvolvendo soluções conjuntas mais eficazes para o sector, reflexo da aposta na formação dos quadros técnicos e administrativos, incorporando a vertente de formação de formadores.²¹
- Numa maior sensibilização da população para a prevenção da saúde. A ausência de estudos CAP²² (conhecimento, atitude e práticas) não permite, contudo, apreciar o nível de incorporação dessas campanhas nos comportamentos e práticas quotidianas.

²⁰ Com base na entrevista realizada ao Director do Hospital Central.

²¹ Por exemplo, a formação de técnicos laboratoriais foi acompanhada por um técnico do MS, quer para a parte do manuseamento, quer de manutenção. Estes técnicos formaram, por sua vez, outros técnicos são-tomenses.



- Na credibilidade do serviço de saúde e no estabelecimento de uma relação de confiança entre técnicos e utentes, reflexo da prestação de serviços integrados de saúde de qualidade.
- Na promoção das carreiras e na existência de mais técnicos de níveis médios melhor motivados, fruto da aposta na formação e capacitação dos profissionais de saúde em diferentes níveis e categorias.

Ao nível nacional é previsível que se sintam efeitos, nomeadamente no alargamento do modelo ao resto do país, obrigando a uma reflexão interna sobre o modelo de financiamento e de sustentabilidade a seguir no sector da saúde.

2.5 – Sustentabilidade

O critério da sustentabilidade tem a ver com a probabilidade de os benefícios produzidos pelo projecto continuarem, após a sua conclusão.

A questão da sustentabilidade deve ser equacionada tendo por base a natureza do Estado em questão. A fragilidade institucional e a forte dependência externa são aspectos centrais e transversais em STP que impedem a sustentabilidade, devendo a mesma ser equacionada apenas a muito longo prazo. Os princípios para o bom envolvimento internacional nos Estados frágeis (OCDE, 2005) e o BM (1994)²³ advogam um envolvimento de longo prazo no sector da saúde.

2.5.1 - Sustentabilidade económica e financeira

O Projecto, na sua concepção, tem em conta a viabilidade financeira e económica após a cessação do financiamento do IPAD. Esta é, aliás, uma das vertentes fundamentais do mesmo: a criação de um sistema nacional de prestação de cuidados primários e preventivos auto-sustentáveis. Para o efeito, o projecto contempla duas vertentes fundamentais: (i) participação da população nos custos do sistema de saúde, e; (ii) reinvestimento da mais-valia criada. O Projecto prevê, ainda, que as análises e os medicamentos sejam cobrados ao preço de custo, acrescidos de uma margem de lucro de 30%, e as consultas médicas e de

²² Trata-se de estudos para apreciar o grau de incorporação dos conhecimentos adquiridos através das campanhas e acções de educação e sensibilização avaliando a alteração nos comportamentos, atitudes, práticas e crenças antes de depois das campanhas.

²³ Quando os doadores se envolvem no financiamento de actividades no sector da saúde – particularmente nos países com níveis de despesa e capacidades muito baixas – deviam pensar em manter-se como parceiros pelo menos 10 anos. Embora se possa compreender que sejam exercidas pressões para obter resultados palpáveis a curto prazo na saúde, ceder a essas pressões poderá ser contraproducente em termos de objectivos de longo prazo. É também necessário que os doadores apoiem programas alargados para o sector da saúde e concentrem os seus esforços nos países que estão firmemente empenhados em prosseguir e manter o esforço necessário para alcançar uma melhor saúde (BM, 1994: 215-216).



enfermagem cobradas entre 3 000 – 10 000 dobras (0,16 € a 0,54 €). A comparticipação progressiva e gradual dos utentes nos custos permitirá atingir as seguintes metas:

- 1 – Estabilização da recuperação de custos com medicamentos e consumíveis médicos a 100%
- 2 – Recuperação de custos com análises clínicas a 100%
- 3 – Ultrapassar o défice do MS com as despesas de pessoal e funcionamento.

A comparticipação é, contudo, uma questão sensível. A tabela de preços praticada pelo Projecto é inferior à praticada pelo Hospital Central e pelo Centro Policlínico de Água Grande nas consultas da especialidade, segundas consultas de crianças e doentes crónicos. As tentativas de aumentar as taxas tiveram de ser repensadas devido à incapacidade de pagamento por parte dos utentes.

Da análise feita pode afirmar-se que não há sustentabilidade económica e financeira – se o apoio externo parar não há garantias de um normal funcionamento dos Centros e Postos de Saúde. O financiamento externo é fundamental para o funcionamento e sustentabilidade financeira do SNS, não sendo previsível um aumento das verbas que lhe são afectas pelo Governo. O fim do apoio externo traduzir-se-ia no colapso do SNS: não há recursos suficientes para cobrir os custos e os recursos gerados são insuficientes para fazer face às despesas.

O Projecto não tem uma estratégia de saída definida, ainda que a mesma só possa ser equacionada a muito longo prazo. A sustentabilidade económica e financeira do projecto está intimamente relacionada com uma opção política de definição do modelo de financiamento do SNS.

2.5.2 - Apropriação do Projecto pelos beneficiários

Os Centros e Postos de Saúde são dirigidos pelos Delegados de Saúde e estão integrados no SNS. Há um envolvimento dos técnicos e beneficiários no processo de implementação e o nível de apropriação dos objectivos e resultados é elevado. Ainda que em termos institucionais os Delegados estejam aptos a assumir o Projecto, a probabilidade de os grupos alvo/beneficiários continuarem a utilizar os serviços após o apoio externo ter terminado é reduzida, por falta de recursos financeiros e necessidade de reforço da capacidade de gestão.

Apesar de os quadros do Projecto serem nacionais e de ele estar inserido no SNS, a sua sustentabilidade e apropriação pelos beneficiários não está garantida após o fim do apoio externo.

2.5.3 - Interacção entre o Projecto e o nível político

Inicialmente havia, em alguns quadrantes, oposição ao Projecto, considerando-o um “corpo estranho” no sistema. Os resultados entretanto alcançados fizeram com que as resistências



iniciais diminuíssem e passasse a haver uma aceitação generalizada, quer ao nível do poder político, quer no MS, que já solicitou a continuação do Projecto por mais um ciclo bem como o seu alargamento ao Príncipe. O Projecto integra-se nas prioridades e política da saúde e é actualmente visto pelo MS de STP como o projecto símbolo da CP, que tem respondido de forma satisfatória em termos de cobertura de cuidados de saúde.

Os efeitos potenciais de qualquer mudança política são imprevisíveis mas, dado o apoio dos utentes, é pouco provável que uma mudança política conduza a uma rejeição do Projecto por parte da tutela do MS.

2.5.4 - Contributo para o reforço institucional e para a capacidade de gestão

Do ponto de vista da sustentabilidade institucional o Projecto identifica como responsável pela continuidade da gestão do mesmo o MS de STP, que é o parceiro local, cabendo-lhe 3 grupos de acções principais: coordenação das diversas intervenções; formação contínua dos técnicos e pessoal administrativo de saúde; e responsabilização pela gestão dos recursos materiais e técnicos disponíveis. O Projecto está integrado nas estruturas institucionais, as quais perdurarão para além da vida do projecto (centros e postos de saúde). Os recursos humanos são os do SNS e melhoraram as suas capacidades técnicas estando, desse ponto de vista, aptos a assumir o Projecto. Se houver recursos financeiros, haverá sustentabilidade institucional e capacidade de gestão, ainda que existam fragilidades a este nível, devendo ser reforçada esta componente no futuro. O próprio MS carece de reforço da sua capacidade institucional para gerir todo o SNS.

2.5.5 - Aspectos sócio-culturais

No que diz respeito à sustentabilidade social e cultural, o Projecto corresponde correctamente às necessidades locais. Respeita as estruturas de poder local, sistema de valores e crenças. Através das acções de informação/educação para a saúde, os beneficiários terão a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida e das comunidades em que estão inseridos. As acções desenvolvidas poderão ter um impacto duradouro junto das populações abrangidas e contribuir para modificar atitudes e comportamentos que potenciam o aumento da qualidade de vida e da saúde individual e comunitária.

Os meios e métodos utilizados não entram em contradição com a cultura da população abrangida. Para tal, o projecto conta com quadros técnicos locais conhecedores do meio e da realidade sócio-cultural.

2.5.6 - Igualdade de género

O Projecto reconhece o papel chave que as mulheres assumem na estrutura e organização da sociedade são-tomense, sendo responsáveis pela educação e pela saúde das crianças, e



identifica a redução das diferenças de género como uma componente essencial no progresso social e cultural nacional. Por isso, o Projecto refere que cerca de 50% dos técnicos envolvidos são mulheres, entre os quais a sua Administradora.

Pode afirmar-se que algumas necessidades e aspirações das mulheres foram tidas em consideração na medida em que parte das actividades lhes são dirigidas – planeamento familiar, vigilância pré-natal, puerpério, saúde materna e infantil. A intervenção promove, com especial enfoque, o envolvimento da mulher nas acções de sensibilização, informação e educação para a saúde. Em muitos agregados familiares elas são, para além de mães, as chefes de família. Esta abordagem sensível ao género pode conduzir a uma melhoria do estado de saúde da população pelo envolvimento que o Projecto faz da mulher enquanto alvo e agente dos cuidados de saúde de toda a comunidade.

2.5.7 - Adequação da tecnologia introduzida e utilizada pelo projecto

A viabilidade técnica assenta nos seguintes aspectos do Projecto:

- Todos os quadros técnicos são locais, com conhecimento da realidade do seu país e experiência da acção, adquirida durante a vigência do projecto;
- Acções de formação e capacitação dos quadros técnicos e administrativos;
- Acções de formação de formadores;
- Acções de formação de agentes de saúde comunitária;
- Co-responsabilização dos quadros locais na gestão, identificação e resolução dos problemas;
- Responsabilização e participação financeira da população para o serviço de saúde;
- Realização de obras de saneamento básico, envolvendo e responsabilizando a população beneficiária;
- Utilização da base de dados informatizada para a gestão.

De uma forma geral, os equipamentos fornecidos e a formação que lhes esteve associada aumentou o nível de conhecimento e de capacidade dos técnicos, sendo provável a sustentabilidade do ponto de vista técnico.

2.5.8 - Aspectos ambientais

O Projecto contempla uma vertente de protecção ambiental, através do desenvolvimento de medidas de saneamento básico (latrinas, lixos e acesso a água potável) respeitando as necessidades ambientais e servindo para quebrar as cadeias de transmissão das doenças infecciosas e parasitárias.



2.6 – Coordenação e Complementaridade

O projecto deve ser analisado na sua articulação com as restantes intervenções da CP e de outros doadores na mesma área.

No quadro da CP, não há mecanismos formais de coordenação e de promoção da complementaridade. A Embaixada conhece todas as intervenções da CP no sector da saúde mas não tem promovido qualquer processo de coordenação/articulação. Elucidativo desta realidade é o facto de ter sido no quadro da presente avaliação que todos os actores portugueses a trabalhar no sector da saúde em STP se sentaram pela primeira vez à mesma mesa e tiveram conhecimento das intervenções de cada um. Apesar disso, não há sobreposição de actividades podendo afirmar-se que existe complementaridade nas intervenções.

A intervenção do Projecto é complementar com o apoio dado ao CHAM e à evacuação de doentes para Portugal. Por outro lado, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical tem desenvolvido esforços com vista ao desenvolvimento de um programa de Controlo da Malária e consequente organização de cuidados de saúde e formação nas áreas da entomologia e epidemiologia médica, contando com a participação da cooperação Norte-americana e de Taiwan. A FCG tem apoiado, para além do projecto em apreço, um projecto de investigação sobre o paludismo na ilha do Príncipe.

Existe complementaridade entre a ajuda portuguesa e a de outros doadores a actuar no sector da saúde, a qual também não resulta de um esforço prévio concertado nesse sentido: OMS, UNICEF, FNUAP, PAM, PNUD, BAfD, EUA, UE²⁴ e Taiwan. Para além da mesa redonda de doadores, realizada em Dezembro de 2005, e das reuniões sectoriais, de Dezembro de 2006, a coordenação e a complementaridade são feitas por iniciativa de cada doador e não por iniciativa do MS. Contudo, não há reuniões regulares, ainda que delas resultam planos de actuação coordenada. Todos os relatórios do Projecto são partilhados com os outros actores (OMS, UNICEF, OMS, FNUAP, Cruz Vermelha).

Ao nível das ONGD a operar no terreno destacam-se: a ONG italiana Alisei-Nuova Frontiera, com um programa de desenvolvimento sanitário integrado, desenvolvendo actividades na educação sanitária, no saneamento do meio e na construção de estruturas sanitárias e escolares; a AMI, com um programa integrado nas áreas da formação, reabilitação e assistência sanitária, no distrito de Caué; e a Médicos do Mundo – Portugal, com um projecto de âmbito nacional de sensibilização para a prevenção do HIV/SIDA. Em nenhum dos casos há qualquer articulação com o Projecto.

²⁴ No quadro do 8º e 9º FED a UE deu prioridade ao desenvolvimento de infra-estruturas de base (transportes e comunicações, energia e água).



A coordenação com as ONG são-tomenses é feita através das reuniões da FONG, nas quais o IMVF tem assento. Existe um bom relacionamento com a Cruz Vermelha de STP, com articulação ao nível das infra-estruturas de água e saneamento. O bom relacionamento também é sentido no diálogo com as agências das NU no terreno, nomeadamente OMS e PNUD.

A coordenação e articulação do Projecto em Neves e Guadalupe, onde também está presente a cooperação taiwanesa, é assegurada pelo Delegado de Saúde que é, simultaneamente, o responsável máximo de todas as intervenções. Em Lembá, Taiwan assegura as consultas de pediatria (Neves) e de ginecologia/obstetrícia (Lobata).

O Projecto actua de forma complementar e coordenada com:

- O programa nacional de luta contra a tuberculose;
- O programa de luta contra o paludismo;
- O programa nacional de luta contra o HIV/SIDA.

Pela dimensão do Projecto, o MS entendeu que este deveria ter presença no seu Conselho de Direcção, mas nem sempre tem sido convocado para as reuniões. A coordenação tem sido feita através dos Delegados de Saúde, os quais desempenham um papel chave.

2.7 – Valor Acrescentado

O valor acrescentado tem a ver com as vantagens comparativas do projecto relativamente a outros da Cooperação Portuguesa ou de outros doadores na mesma área.

O projecto é uma das intervenções mais importantes da CP em STP, com grande visibilidade e sucesso. A língua comum e o profundo conhecimento do SNS constituem vantagens significativas de Portugal relativamente a outros doadores. Os resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que se trata de um caso de sucesso na promoção dos cuidados de saúde em STP e que é um importante contributo da CP para o alcançar dos ODM neste país.

2.8 – Visibilidade

Em termos de visibilidade, deverá ser feita uma apreciação da estratégia de informação e comunicação do projecto.

O projecto tem, ao nível local e nacional, grande visibilidade para a qual contribui uma eficaz estratégia de informação e comunicação. Todas as semanas, há um artigo de informação na imprensa, dois programas semanais na rádio e um programa semanal na televisão, para além das campanhas de educação para a saúde nos Centros e Postos de Saúde. Por vezes, também é divulgado na RDP África e na RTP África. Para o efeito tem um assessor de imprensa.



Em todos os equipamentos (Centros e Postos de saúde) existem cartazes identificadores do projecto e dos seus financiadores. Dentro destas unidades de saúde, todos os equipamentos adquiridos pelo Projecto estão identificados com autocolantes da CP.

3. Conclusões

1. Relevância

Os objectivos do Projecto as actividades realizadas e áreas de intervenção bem como a integração das mesmas na rede de cuidados de saúde são relevantes e integram-se plenamente nas prioridades e necessidades identificadas pelas autoridades são-tomenses.

As actividades centram-se nos problemas dos grupos mais pobres da população, aumentando a capacidade de prestação de serviços, expandindo a cobertura dos cuidados primários de saúde, com incidência nos grupos mais vulneráveis (mulheres e crianças), dando igualmente ênfase à educação para a saúde.

O Projecto é relevante para a prestação dos cuidados de saúde básicos e para a luta contra a pobreza em STP.

Promover as condições de saúde básica é uma condição essencial para a redução da pobreza o que torna o Projecto relevante para a Cooperação Portuguesa.

O Projecto tem sido implementado como o previsto, quer em termos de calendário, quer de recursos (financeiros, materiais e humanos). A sua implementação permitiu identificar outras necessidades a partir das quais foram delineadas novas intervenções, alargando o seu âmbito de actuação a novas áreas não previstas.

As actividades estão a ser implementadas como o previsto e foram realizadas acções adicionais, sem alteração de custos. Os recursos têm sido fornecidos no momento oportuno e na quantidade adequada. O projecto evidencia uma grande flexibilidade ao nível dos recursos, actividades e resultados.

A gestão é feita de forma rigorosa, com um controlo de custos e de aquisições que procura potenciar economias de escala na aquisição dos diversos materiais, equipamentos, medicamentos e consumíveis no mercado internacional.

Do ponto de vista dos resultados, os mesmos têm estado a ser alcançados como o previsto (ver eficácia).

O Projecto tem um elevado reconhecimento em STP, podendo falar-se num sentimento de apropriação. A população em geral, bem como os técnicos envolvidos, reconhecem a sua importância e benefícios.

2. Eficácia



De uma forma geral, os objectivos específicos estão a ser cumpridos e as taxas de cobertura/utilização dos serviços de saúde estão acima dos valores mínimos definidos pelo BM, para a África Subsariana.

As actividades e resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que o Projecto dá um importante contributo na redução da pobreza, e sua doenças, e no alcançar dos ODM, através do reforço dos serviços de saúde dirigidos aos estratos mais pobres da população, da atenção dada aos problemas de saúde dos grupos mais vulneráveis (mulheres, crianças e doentes crónicos), e das campanhas de educação para a saúde. É evidente a contribuição do Projecto para a melhoria da qualidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em STP.

3. Eficiência

A gestão do Projecto é feita de forma rigorosa, com um forte controlo dos custos, procurando fazer as aquisições ao mais baixo custo no mercado internacional, fazendo economias de escala e controlando com rigor as actividades e resultados alcançados.

De acordo com o Banco Mundial (1994), o custo do pacote mínimo de cuidados de saúde com base distrital, na África Subsariana, situa-se nos 13,22 dólares per capita, por ano. Tendo em consideração o valor global do projecto e a população abrangida, os custos per capita por ano do Projecto foram de 9,26 €, em 2005, e 7,57€, em 2006, ou seja, 11,51 USD e 9,50 USD, respectivamente.

4. Efeitos

Os objectivos do Projecto estão a ser alcançados como o previsto e estão a contribuir para o alcançar do objectivo global. A forma como está a ser implementado e os resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que o Projecto tem fortes probabilidades de produzir efeitos positivos ao nível da:

- Melhoria dos indicadores de saúde;
- Melhoria da saúde preventiva e curativa nas populações dos distritos abrangidos;
- Melhoria da capacidade técnica do pessoal dos centros e postos de saúde;
- Melhoria das condições de trabalho nos centros e postos, bem como das condições de acesso para os utentes;
- Reforço da capacidade institucional dos Centros e Postos de saúde.

Ao nível nacional é previsível que se sintam efeitos, nomeadamente no alargamento do modelo ao resto do país, obrigando a uma reflexão interna sobre o modelo de financiamento e de sustentabilidade a seguir no sector da saúde.

5. Sustentabilidade



O Projecto revela a não existência de sustentabilidade económica e financeira. Se o apoio externo parar não há garantias de normal funcionamento dos centros e postos de saúde. O financiamento externo é fundamental para o funcionamento e sustentabilidade financeira do SNS, não sendo previsível um aumento das verbas que lhe são afectas pelo Governo. O fim do apoio externo traduzir-se-ia no colapso do SNS: não há recursos suficientes para cobrir os custos e os recursos gerados são insuficientes para fazer face às despesas.

O Projecto não tem uma estratégia de saída definida, ainda que a mesma só possa ser equacionada a muito longo prazo. A sustentabilidade económica e financeira do projecto está intimamente relacionada com uma opção política de definição do modelo de financiamento do SNS.

Apesar de os quadros do Projecto serem nacionais e de ele estar inserido no SNS, a sua sustentabilidade e apropriação pelos beneficiários não está garantida após o fim do apoio externo.

O Projecto está integrado nas estruturas institucionais, as quais perdurarão para além da vida do projecto (centros e postos de saúde). Os recursos humanos são os do SNS e melhoraram as suas capacidades técnicas estando, desse ponto de vista, aptos a assumir o Projecto. No que diz respeito à sustentabilidade social e cultural, o Projecto corresponde correctamente às necessidades locais respeitando as estruturas de poder local, sistema de valores e crenças.

De uma forma geral, os equipamentos fornecidos e a formação que lhes esteve associada aumentou o nível de conhecimento e de capacidade dos técnicos, sendo espectável a sustentabilidade do ponto de vista técnico.

6. Coordenação e Complementaridade

No quadro da CP, não há mecanismos formais de coordenação e de promoção da complementaridade. Existe complementaridade entre a ajuda portuguesa e da de outros actores a actuar no sector da saúde (OMS, UNICEF, FNUAP, PAM, PNUD, BAfD, EUA, EU e Taiwan) a qual não resulta de um esforço prévio concertado nesse sentido.

7. Valor Acrescentado

O projecto é uma das intervenções mais importantes da Cooperação Portuguesa em STP, com grande visibilidade e sucesso. A língua comum e o profundo conhecimento do SNS constituem vantagens significativas de Portugal relativamente a outros doadores. Os resultados alcançados até ao momento permitem afirmar que se trata de um caso de sucesso na promoção dos cuidados de saúde em STP e que é um importante contributo da CP para o alcançar dos ODM neste país.



8. Visibilidade

O Projecto tem, ao nível local e nacional, grande visibilidade para a qual contribui uma eficaz estratégia de informação e comunicação desenvolvida pelo seu promotor, dispondo para o efeito de um assessor de imprensa.

4. Recomendações

Tendo por base as conclusões anteriores, a equipa de avaliação faz as seguintes recomendações:

Ao IPAD:

- Reforçar o apoio aos cuidados de saúde primários em STP, numa lógica de articulação com o SNS, avançando, se possível, para uma abordagem integrada da saúde (SWAP);
- Promover um maior envolvimento e articulação com o Ministério da Saúde de STP para potenciar a apropriação e a sustentabilidade;
- Promover uma maior articulação e complementaridade com outros actores da CP, bem como com outros doadores internacionais, que apoiam o sector da saúde em São Tomé;
- Dar maior previsibilidade do apoio, financiando um projecto com um horizonte temporal mais alargado (pelo menos, com o mesmo horizonte temporal do novo PIC).

AO IMVF:

- Reforçar as capacidades de gestão dos centros e postos de saúde para estimular a apropriação e promover a sustentabilidade;
- Em parceria com o MS, reequacionar os suplementos salariais, no sentido de eliminar as tensões sentidas nesta matéria e promover a apropriação dos custos pelo MS;
- Incluir todos os financiamentos no documento do projecto e nos relatórios de execução, aumentando a transparência e facilitando a sua apreciação global;
- Realizar estudos CAP para apreciar os efeitos das campanhas de Educação para a Saúde.

Às Autoridades São-tomenses:

- Assumir maior envolvimento e assumpção de responsabilidades por parte do Ministério da Saúde;
- Assumir a liderança do processo de coordenação e complementaridade dos diferentes actores no sector da saúde.

Recomendações às 3 entidades:



- Definir uma estratégia faseada de saída, ainda que a mesma só possa ser equacionada a longo prazo, com a assumpção efectiva de responsabilidades pelas partes.

5. Anexos

Anexo 1 – Termos de Referência

AVALIAÇÃO NO PERCURSO PROJECTO DE REFORÇO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2005-2007) – SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

▪ OBJECTO DA AVALIAÇÃO

Contexto Geral do projecto

O projecto de Reforço da Rede de Cuidados de Saúde Primários, integrado no PIC 2005-2007 e no Plano Anual de Cooperação Portugal – São Tomé e Príncipe para 2005, enquadra-se na melhoria do funcionamento do serviço Nacional de Saúde são-tomense e está alinhado com a estratégia de desenvolvimento definida pelo Governo de São Tomé e Príncipe (STP).

Iniciado em Março de 2005, com uma duração de 36 meses, e repartido por 3 fases de financiamento, tem uma estimativa de custo total de 2.935.300 €. O financiamento é tripartido pelo Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF), Ministério da Saúde de STP e pelo IPAD, o qual comparticipa com 500.000 € em cada uma das fases.

▪ OBJECTIVO DA AVALIAÇÃO

O objectivo geral da avaliação é fornecer ao IPAD, ao IMVF e a STP uma apreciação objectiva da implementação do Projecto relativamente aos seus objectivos e resultados. Assim, a avaliação será realizada tendo presentes os seguintes objectivos:

- Apreciar o grau de cumprimento dos objectivos iniciais e confirmar (ou não) se os resultados esperados estão a ser alcançados.
- Identificar eventuais ajustamentos do projecto (actividades, modalidades de trabalho, etc.) tendo em atenção os resultados e os efeitos pretendidos nas populações alvo.
- Apreciar a relevância e a sustentabilidade a longo prazo dos resultados do projecto.
- Identificar constrangimentos, propor formas de os superar e fazer recomendações sobre a eventual continuação do projecto, para além de 2007.

▪ QUESTÕES DA AVALIAÇÃO

A avaliação deve, na medida do possível, apreciar a relevância, eficácia, eficiência, sustentabilidade e efeitos do Projecto no sector da saúde em S. Tomé e Príncipe.

De uma forma geral, a avaliação deve analisar as seguintes questões (ver o aprofundamento destas questões no anexo I):

3.1 – Relevância e Processo de implementação

Em que medida o projecto está a ser implementado como previsto e os seus objectivos são consistente e adequados aos problemas, necessidades e prioridades de STP e dos beneficiários alvo bem como com as prioridades de intervenção da Cooperação Portuguesa.

3.2 – Eficácia



A eficácia refere-se ao alcançar dos objectivos do projecto – os objectivos específicos são alcançados, através dos resultados, ou espera-se que venham a ser alcançados.

3.3 – Eficiência

A eficiência diz respeito à forma como as várias actividades transformam os recursos disponíveis em resultados esperados, em termos de custo, quantidade, qualidade e oportunidade. As comparações devem ser feitas relativamente ao planeado.

3.4 – Previsões de Efeitos

O termo efeitos denota a relação entre os objectivos específicos e o objectivo global do projecto. Analisa a previsão de efeitos/impactos na população e sua contribuição para o objectivo global.

3.5 – Sustentabilidade

O critério da sustentabilidade tem a ver com a probabilidade de uma continuação dos benefícios produzidos pelo projecto continuarem, ou não, após o seu fim.

3.6 – Coordenação e Complementaridade

O projecto deve ser analisado na sua articulação com as restantes intervenções da CP e de outros doadores na mesma área.

3.7 – Valor Acrescentado

O valor acrescentado tem a ver com as vantagens comparativas do projecto relativamente a outros da Cooperação Portuguesa ou de outros doadores na mesma área.

3.8 – Visibilidade

Em termos de visibilidade, deverá ser feita uma apreciação da estratégia de informação e comunicação do projecto.

▪ METODOLOGIA

O processo de avaliação é da responsabilidade da Divisão de Avaliação, com o envolvimento dos serviços de acompanhamento do IPAD, bem como do Instituto Marquês Valle Flor, entidade executora do projecto, dos beneficiários do projecto e dos detentores de interesse do mesmo. Este envolvimento diz respeito a todas as fases da avaliação, desde a aprovação dos presentes TdR até ao Relatório Final.

A avaliação incluirá 3 fases:

1. Trabalho de gabinete – Fase de leitura da documentação disponível sobre o projecto, realização de entrevistas e elaboração dos instrumentos metodológicos a utilizar na fase de deslocação ao terreno.

2. Trabalho de Campo – Fase em que a equipa de avaliação se deslocará a STP para apreciar *in loco* os resultados e efeitos do projecto.

3. Relatório Final – a equipa de avaliação elaborará uma versão provisória que será discutida em workshop. A versão final será redigida, tendo em consideração os comentários e sugestões dessa reunião, bem como os recebidos de STP.



Calendário da Avaliação

A avaliação será realizada entre Abril e Julho de 2007. A deslocação a STP terá lugar em Junho. O Relatório final deverá estar disponível até final de Julho, incluindo já duas semanas para incorporação de comentários a uma versão provisória do mesmo.

▪ EQUIPA DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada por uma equipa do IPAD, integrando 2 técnicos da DA e o técnico da BIL que acompanha o país, em estreita colaboração com o IMVF, em todas as fases do processo. O Chefe da equipa será da Divisão de Avaliação.

▪ RELATÓRIO

Será apresentado um relatório final com a análise das questões da avaliação, conclusões e recomendações (conteúdo indicativo no anexo II).

Para além da análise das questões da avaliação, deverá ser feita uma síntese das respostas e apresentada uma apreciação global do projecto. Esta síntese deve articular as constatações, conclusões e lições de forma a reflectir a sua importância e facilitar a leitura.

Ainda com base nos critérios de avaliação, deverão ser identificadas eventuais necessidades de ajustamento do projecto, em termos de objectivos, recursos, actividades e resultados.

O Relatório final não deverá exceder as 25/30 páginas, sem contar com o Sumário Executivo e os anexos.

Anexo I – Questões a estudar

1. Relevância e processo de implementação

1.1 Processo de implementação

1.2 Relevância

- a) Relevância do Projecto para STP e para a CP
- b) Flexibilidade e exequibilidade do projecto (*Apreciação sobre o planeamento e não sobre a implementação*)

2. Eficácia

A análise da eficácia deve centrar-se nas seguintes questões:

- a) Acesso, por parte dos beneficiários alvo, aos serviços/resultados do projecto
- b) Utilização e benefício dos resultados/serviços pelos beneficiários alvo
- c) Grau de cumprimento dos objectivos específicos, tal como previsto, tendo em consideração a forma como o projecto está actualmente a ser implementado

3. Eficiência

A apreciação da eficiência deve centra-se nas seguintes questões:

- a) Qualidade da gestão diária
- b) Disponibilidade de meios/recursos
- c) Implementação das actividades
- d) Resultados alcançados



e) Contribuição / envolvimento dos Parceiros

4. Previsão de efeitos

5. Sustentabilidade

A avaliação apreciará a previsão de sustentabilidade dos benefícios com base nas seguintes questões:

- a) Sustentabilidade económica e financeira
- b) Apropriação do projecto pelos beneficiários e como é que ele será após o fim do apoio externo
- c) Apoio fornecido ao nível das políticas e o grau de interacção entre o projecto e o nível político
- d) Contributo para o reforço institucional e para a capacidade de gestão
- e) Aspectos sócio-culturais
- f) Igualdade de género
- g) Adequação da tecnologia introduzida e utilizada pelo projecto
- h) Aspectos ambientais

6. Coordenação e Complementaridade

Em que medida o projecto:

- É complementar com a intervenção de Portugal em STP?
- É coordenado com as restantes intervenções da CP em STP?
- Está a criar sinergias ou efeitos multiplicadores?
- Envolve esforços concertados com outras intervenções e otimiza sinergias e evita duplicações?
- É complementar com as intervenções de outros doadores na área da saúde em STP?
- É coordenado com esses doadores?

7 Valor acrescentado

- Em que medida o projecto constitui valor acrescentado na promoção da saúde em STP?

ANEXO II – Conteúdo indicativo do relatório final de avaliação

Tendo em conta as especificidades desta avaliação, o relatório final deverá conter os seguintes pontos:

- **Sumário executivo** – em português e inglês
- **Introdução e enquadramento** – âmbito, objectivos, metodologia, etc., da avaliação.
- **Resultados da avaliação** – Análise dos critérios e das questões da avaliação.
- **Conclusões e recomendações** – as recomendações devem estar em estreita articulação com as conclusões e devem ser hierarquizadas.



- **Anexos** – os anexos deverão incluir: TdR, programa de missão ao terreno, lista das pessoas e entidades contactadas, lista de documentação consultada, bem como outra informação factual usada na avaliação.

Anexo 2 - Organismos/Pessoas entrevistadas

Em Lisboa

Instituição	Local	Data	Pessoas presentes	Cargo que desempenham
Fundação Calouste Gulbenkian	Sede em Lisboa	28/5/07	Maria Hermínia Cabral Maria Carvalhosa	Responsáveis pela Cooperação da FCG na área da saúde Técnica Responsável por STP
Direcção-Geral de Saúde – Ministério da Saúde de Portugal	Sede, em Lisboa	28/5/07	Deolinda Cruz Cecílio Rocha	Técnicos Responsáveis pela Cooperação
IMVF	IPAD	18/5/07	Ahmed Zaky	Director
	Sede, em Lisboa	6/6/07	Gonçalo Marques Ilda Teles	Técnicos
IPAD	Sede, em Lisboa	18/5/07	Inês Rosa Isabel Couto	Vice-Presidente Directora da DS BIL I

Em São Tomé e Príncipe

Instituição	Local	Data	Pessoas presentes	Cargo que desempenham
Projecto Saúde para todos	Sede do projecto	24/06	Ahmed Zaky António Lima Edgar Neves	Director IMVF Coordenador da Área Preventiva Presidente do Conselho (Coordenador Geral)
Embaixada de Portugal em S. Tomé	Residência oficial	24/06	Fernando Ramos Machado Vasco Seruya Catarina Paes Duarte	Embaixador de Portugal em S. Tomé Primeiro Secretário Assessora da Cooperação
ONGD	Embaixada de Portugal	25/6	Ivo Saruga Daniela Vieitas Edgar Neves Mahadevi Manuela Castro	Chefe de Missão da AMI Representante dos Leigos para o desenv. Representante do IMVF Coordenadora são-tomenses da FCJ Coordenadora dos Médicos do Mundo

Projecto Saúde para Todos	Sede do projecto	25/6	António Lima Edgar Neves Ahmed Zaky	
Ministério da Saúde	Ministério	26/6	Arlindo Carvalho Juliana Nobre	Ministro Chefe de Gabinete
Projecto IMVF	Sede do Projecto	26/6	Julieta Espírito Santo	Administradora do Projecto
	Embaixada de Portugal			Delegados de saúde dos Distritos abrangidos pelo projecto
Ilha do Príncipe	Governo Regional	27/6	José Cassandra	Presidente do Governo Regional do Príncipe
Projecto Saúde Centros e Postos de Saúde	Neves Guadalupe Santo Amaro Diogo Vaz	28/6		
Projecto Saúde Centros e Postos de Saúde	Trindade Madalena Bombom Praia Gambôa	29/6		
Hospital Central Dr. Ayres de Menezes	Hospital	28/6	Pascoal Fonseca da Apresentação	Director Geral do Hospital
Workshop sobre o projecto da saúde	Centro Cultural Português	29/6	Lista de presenças no Anexo 3	
Projecto Saúde para Todos	Protecção de Nascente e captação de água em Ribeira Afonso	30/6		
Hospital de Caué		30/6	Ivo Saruga Sónia Gonzales	Chefe de Missão da AMI Médica da AMI



Anexo 3 – Presenças nos Workshop

Workshop em S. Tomé

Centro Cultural Português, S. Tomé (15.00h, 29 de Junho, 2007)

Nome	Instituição/Cargo
Ahmed Zaky	IMVF/Director
Aleixo Sousa Pires	ASC/PNLCT/Responsável
Alice Silva Bernardo	Médica Internista
Amadeu Maia	AS Mé-Zochi/Delegado de Saúde
Américo Pinto	AS Caué/Delegado de Saúde
António S. M. de Lima	Saúde para Todos/
Bonifácio Batista de Sousa	Coordenador do PNL
Carlos B. d' Almeida	AS Cantagalo/Delegado de Saúde
Catarina Paes Duarte	Embaixada de Portugal em S. Tomé/Assessora de Cooperação
Claudina Cruz	OMS/NDO HIV/TUB/MAL
Daniela Vieitas Lima	Leigos para o Desenvolvimento/Representante
Eduardo Garrido	Saúde para Todos
Felícia Silva	Governo Regional do Príncipe
Fernanda Romon	Saúde para Todos/Médica
Fernando Ramos Machado	Embaixada de Portugal em S. Tomé/Embaixador
Geraldino Nunes	Saúde para Todos/Supervisor dos Laboratórios
Gilberto Frota	AS Água Grande/Delegado de Saúde
Guilherme Afonso	Saúde para Todos/ Enfermeiro Diplomado S. Pública
Guiomar Costa	Fundo Nacional dos Medicamentos/Directora
Ivo Saruga	AMI/Chefe de Missão
José Manuel Carvalho	D. Cuidados de Saúde
José Maria Afonso P.	Presidente da C. D. de
Juliana Ramos	MS/Directora do Gabinete do Ministro
Julieta Espírito Santo	Saúde para Todos/Administradora
Laura Valverde	Delegada da Cruz Vermelha Espanhola
Manuel Tomé Lima	AS Lembá/Delegado de Saúde
Miguel Veiga	Fundação Criança e Juventude/Técnico
Pascoal F. d' Apresentação	CHSTP/Director
Paulo Neves	Secretário-Geral da Cruz Vermelha
Simplício Nunes Augusto	Saúde para Todos/Assistente Administrativo
Vasco Seruya	Embaixada de Portugal em S. Tomé/Primeiro Secretário



Workshop em Lisboa
Centro de Documentação e informação do IPAD (15.00h, 23 de Julho, 2007)

Nome	Instituição/Cargo
Ahmed Zaky	IMVF/Director
Ana Oliveira	IPAD/Técnica da DSP-CG STP
Ana Sofia Cortes	IPAD/Técnica da DSP-CG
António Costa de Almeida	IMVF
Artur Lami	IPAD/Vice-Presidente
Aucendina Diogo	IPAD/Técnica da DSP-PP
Carlos Mendonça	Guiné-Bissau/ Técnico de Cooperação
Dina Amaro	IPAD/Técnica da DSP-CG
Edgar Neves	IMVF STP/ Saúde para Todos
Graça Lima	IPAD/Técnica da DSP-CG
Inês Rosa	IPAD/Vice-Presidente
Isabel Couto	IPAD/Directora de Serviços
Isidora Frasquilho	IPAD/Técnica da DSP-CG
Luis Castelo Branco	IPAD/Técnico da DSP-CG
Madalena Sampaio	IPAD/Directora de Serviços
Manuela Dias	IPAD/Directora de Serviços
Margarida Lages	IPAD/Chefe de Divisão
Maria Carvalhosa	FCG/Técnica da Cooperação – Sector da Saúde
Maria Graça Martins	Alto Comissariado da Saúde
Maria Hermínia Cabral	FCG/Directora da Cooperação – Sector da Saúde
Paula Barros	IPAD/Chefe de Divisão
Paulo Freitas	IMVF/Presidente
Pedro Amaral	IPAD/Técnico da DA
Vera Abreu	IPAD/Vice-Presidente

Anexo 4 – Recursos, equipamentos e infra-estruturas fornecidas

Designação	Previsto	Realizado
Recursos Humanos		
Médicos (incluindo para 3 consultas de especialidade)	9	13
Equipamentos e Materiais		
Televisores	1	15
DVD	1	5
Geradores	3	13
Microscópios	7	12
Negatoscópios	0	13
Estufas	4	15
Frigoríficos	10	20
Autoclaves	3	10
Computadores	3	4
Contadores Hematológicos	2	4
Centrífugas	7	15
Espectrofotómetros	1	5
Microhematocritos	2	10
Banho-maria	1	5
Viaturas Ford Ranger	3	6
Motorizadas Suzuki	3	3
Impressoras		13
Vitrinas	1	1
Marquesas	12	12
Ar condicionado (laboratórios e farmácias)	0	20
Apetrechamento das Maternidades de Guadalupe e Neves		
Colchões/Berços/Camas/Biombos/Mesas de Cabeceira, etc.)	0	Para 40 camas
Obras e infra-estruturas (2005-06)		
Reabilitação + Beneficiação	13	19
Obras e infra-estruturas (2007)		
Reabilit. + Manut. Água Izé; Santa Cecília, Conde	0	3
Abastecimento de água a Postos e Centros de Saúde	0	10
Manutenção regular das infra-estruturas	0	Realizado
Água e Saneamento (2005-06)		
Construção de Latrinas	100	395
Abastecimento de Água às Comunidades	10	12



Anexo 5 – Matriz de Enquadramento Lógico

	Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
Objectivo Global	Melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de Saúde em São Tomé e Príncipe.	Equilíbrio financeiro e dotação orçamental relativos aos cuidados preventivos e primários de Saúde em São Tomé e Príncipe; Melhoria da saúde materna: rácio da mortalidade materna (estimativa modelada por 100 000 nados vivos); partos assistidos por técnicos de saúde (% do total) Redução da mortalidade infantil: mortalidade infantil até aos 5 anos (por 100); taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados vivos); vacinação (% de crianças com menos de 12 meses); Combate ao HIV/SIDA, malária e outras doenças endémicas: prevalência do HIV (% idade 15-24, por sexo); taxa de prevalência de contraceptivos (% idade, por sexo); nº de crianças órfãs em resultados do HIV/SIDA; incidência de tuberculose (por 100 000 pessoas); casos detectados de tuberculose (%)	Orçamento do Ministério da Saúde; Relatórios da OMS, UNICEF e outras instituições internacionais; Registos sanitários ao nível distrital.	
Objectivos Específicos	Aperfeiçoamento, reforço e consolidação das bases do processo de desenvolvimento sanitário no país, com vista à melhoria das condições de saúde das populações através da: a) melhoria da operacionalidade e eficácia do sistema de saúde, b) reforço da competência e da qualificação dos recursos humanos, c) melhoria das infra-estruturas, equipamentos e materiais essenciais ao reforço e desenvolvimento da rede sanitária,	Grau de recuperação de custos; Capacidade de resposta dos centros e postos de saúde às necessidades da população (taxa de aumento do nº de pessoas assistidas com sucesso por semana e por patologia); Evolução epidemiológica das doenças parasitárias, infecto contagiosas, epidemias e endemias, através das taxas de morbilidade e mortalidade.	Registos técnicos e financeiros dos centros e postos sanitários; Relatórios técnicos e financeiros trimestrais do IMVF.	Se o Objectivo Específico for atingido, especificar os pressupostos necessários para atingir o Objectivo Global. 1. Disponibilidade e mobilização para afectação dos recursos técnicos e financeiros do país para sustentação do custo de parte das melhorias introduzidas no sistema sanitário são-tomense. 2. Estabilidade político-social.

	Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
Objectivos Específicos	<p>d) optimização do impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base já existentes no âmbito da luta contra as principais doenças transmissíveis (doenças da pobreza) e</p> <p>e) melhoria e reforço das condições de abastecimento de água e saneamento do meio.</p>			
Resultados Esperados	<p>R1. Cuidados Preventivos de Saúde promovidos e seus indicadores melhorados:</p> <p>a) Taxas de cobertura dos cuidados PMI/ PF aumentadas em 20%;</p> <p>b) Vigilância epidemiológica efectuada;</p> <p>c) Vigilância Nutricional alcançada;</p> <p>d) Campanhas de Vacinação realizadas, todas as semanas nos postos de saúde;</p> <p>e) Taxas de vacinação aumentadas para 80%;</p> <p>f) 6 campanhas de desparasitação realizadas;</p> <p>g) 3 Grandes campanhas de Educação para a saúde realizadas.</p>	<p>R1. Taxa de cobertura vacinal; Nº de consultas de planeamento familiar; Nº de consultas às grávidas, consultas pós-parto, controlo e seguimento dos recém-nascidos; Acções de vigilância epidemiológica realizadas; Acções de vigilância nutricional realizadas; Nº de campanhas de educação sanitária e de sensibilização realizadas; Nº de beneficiários que foi abrangido pelas campanhas; Nº de campanhas de desparasitação realizadas</p>	<p>Registos técnicos e financeiros dos centros e postos sanitários; Relatórios técnicos e financeiros trimestrais do IMVF; Relatórios das formações; Actas das Reuniões; Planos das formações e missões realizadas.</p>	



Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
<p>Resultados Esperado</p> <p>R2. Cuidados Primários de Saúde promovidos e seus indicadores melhorados a) Taxas de cobertura dos cuidados primários de Saúde melhoradas e número de consultas aumentado em 20% R3. Rede sanitária funcionalmente reestruturada e operacionalidade promovida a) Apetrechamento dos Postos realizado; b) 13 centros e postos de saúde alvo de obras de beneficiação. R4. Técnicos de saúde e pessoal administrativo formados e capacitados a) 6 Cursos de Formação realizados; b) técnicos de saúde e pessoal administrativo dos postos de saúde dos Distritos de Mé-Zochi, Cantagalo, Lobata, Lembá e Água Grande capacitados.</p>	<p>R2. Nº de consultas realizadas, Nº de pessoas que frequentam a consulta e Nº de pessoas que recorreu a tratamentos em comparação com o período anterior ao Projecto</p> <p>R3. Nº de postos e centros de saúde alvo de obras de beneficiação; Nº e tipo de equipamentos fornecidos aos postos e centros de saúde; Capacidade de gerir os stocks sem rupturas</p> <p>R4. Nº de técnicos de saúde que participaram; Nº de administrativos que participaram; Nº de pessoas que participaram e completaram o curso de agente de saúde comunitário; Nº de formandos que concluíram o curso com sucesso; Índice de motivação e empenhamento do pessoal técnico, administrativo e dos agentes de saúde comunitária, na execução das suas funções;</p>		<p>Se os Resultados forem atingidos, especificar os pressupostos necessários para atingir o Objectivo Específico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilidade do quadro político e social do país; 2. Manutenção das condições de mobilidade e comunicação em São Tomé e Príncipe, especialmente no interior do país.



Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
<p>R5. Abastecimento de Água Potável e Saneamento do Meio promovidos</p> <p>a) 100 latrinas construídas</p> <p>b) Reforço do abastecimento de água potável em 10 comunidades</p> <p>R6. Sustentabilidade do Sistema de Saúde promovida</p> <p>a) Taxa de recuperação dos custos melhorada</p> <p>R7. Acompanhamento e avaliação realizados</p> <p>a) 4 missões/ano realizadas</p> <p>b) reuniões semanais de coordenação realizadas</p>	<p>R5. Nº e localização de Nascentes de captação, depósitos e chafarizes de água protegidas; Nº de latrinas construídas; capacidade de manutenção das infra-estruturas de saneamento</p> <p>R6. Taxa de Aplicação das taxas moderadoras e receitas obtidas; Taxa de recuperação de custos; Nº de reuniões realizadas com os técnicos e responsáveis políticos pelo sector da saúde; Nº de campanhas realizadas na rádio e na televisão; Existência de uma decisão política com vista à implementação do modelo do projecto a nível nacional;</p> <p>R7. Número de missões realizadas / ano, plano de missão e perfil do técnico.</p>	-	

Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
<p>Actividades</p> <p>A1. Cuidados Preventivos de Saúde A1.1. Protecção materno-infantil e planeamento familiar A1.2. Vigilância Epidemiológica através da análise dos dados estatísticos obtidos nas unidades A1.3. Vigilância Nutricional A1.4. Campanhas de Vacinação A1.5. Campanhas de desparasitação das crianças A1.6. Campanhas de Educação Sanitária A2. Cuidados Primários de Saúde A2.1. Consultas médicas A2.2. Atendimento de enfermagem A2.3. Assistência estomatológica A2.4. Laboratório de análises A2.5. Farmácia A2.6. Rastreio, tratamento e seguimento das doenças infecto-contagiosas, endemias e epidemias A3. Reestruturação Funcional e Promoção da Operacionalidade A3.1. Melhorar o apetrechamento de algumas unidades de saúde com meios de diagnóstico e terapêutica A3.2. Reparar e melhorar as infra-estruturas de saúde, através de obras de beneficiação</p>	<p>Pessoal Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 administrador, médico que coordena e supervisiona as actividades do projecto • 2 médicos, para cuidados preventivos • 7 médicos para cuidados primários • 4 enfermeiros de saúde pública (cuidados preventivos, saneamento, vacinação, desparasitação, sensibilização) • 6 técnicos de farmácia (gestão da farmácia central e centros de saúde principais) • 25 técnicos de áreas diversas (laboratório, saneamento, estomatologia, coordenador de enfermagem, auxiliares de laboratório, auxiliares de enfermagem) para desenvolver as respectivas áreas de saúde • 1 técnico de estatística, responsável por agregar e tratar os dados estatísticos 	<p>Como a informação será coligida, quando e por quem. Relatórios técnicos e financeiros trimestrais do IMVF</p>	<p>Se as actividades são realizadas, especificar os pressupostos necessários para atingir os resultados pretendidos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desembolso das tranches do co-financiamento no prazo contratualmente previsto. 2. Continuação de bom entendimento e espírito de colaboração/motivação das autoridades locais. 3. Estabilidade político-social.

Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
<p>A3.3. Reforçar o sistema de vigilância epidemiológica da situação sanitária</p> <p>A4. Formação e Capacitação dos Técnicos de Saúde e Pessoal Administrativo</p> <p>A4.1. Reforço da formação e orientação dos técnicos de saúde, capacitando-os para uma gestão mais eficiente do serviço de saúde;</p> <p>A4.2. Reforço da formação do pessoal administrativo;</p> <p>A4.3. Formação de formadores dirigida a enfermeiros e médicos;</p> <p>A4.4. Formação de agentes de saúde comunitária;</p> <p>A4.5. Produção de materiais para a formação;</p> <p>A4.6. Aquisição de material didáctico e de formação.</p> <p>A5. Abastecimento de Água Potável e Saneamento do Meio</p> <p>A5.1. Protecção de nascentes de captação, depósitos, chafarizes e rede;</p> <p>A5.2. Construção de 100 latrinas;</p> <p>A5.3. Melhoria do sistema de deposição dos lixos;</p> <p>A5.4. Manutenção e operacionalização dos meios existentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 técnico informático para gerir a base de dados do projecto e dos stocks • 2 contabilistas para acompanhar e supervisionar a implementação da recuperação dos custos e pessoal não especializado (motoristas, encarregados de limpeza e guardas). <p>Pessoal expatriado: Técnicos especializados em Medicina tropical, saúde Pública, Gestão e Administração que realizam, em regime de curta duração, 4 missões anuais.</p> <p>Obras e infra-estruturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficiação dos postos de saúde • Reabilitação do sistema de abastecimento de água potável e construção de latrinas; <p>Equipamentos, materiais, fornecimentos e transportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos e genéricos essenciais; • Equipamentos de laboratório: contadores hematológicos + estufas + centrífugas + frigoríficos + microscópios + espectrofotómetros + reagentes (kit diversos) + material de laboratório; • Equipamentos, materiais e instrumentos médico-cirúrgicos para apetrechamento dos Centros e Postos de Saúde 	<p>CUSTOS (resumo do Orçamento):</p> <p>1. Recursos Humanos: 1.252.663,59 €</p> <p>2. Viagens: 12.144,00€</p> <p>3. Equipamento e fornecimentos: 649.407,00 €</p> <p>4- Escritório local / Custos da Acção: 537.804,00 €</p> <p>5. Outros custos, serviços: 26.871,00 €</p> <p>6. Outros: 111.843,00€</p> <p>7. Custos directos da Acção: 2.590.732,59 €</p> <p>8. Imprevistos: 77.721,98 €</p> <p>9. Custos administrativos: 266.845,46€</p> <p>TOTAL: 2.935.300,02 €</p>	

Lógica da Intervenção	Indicadores Objectivamente Verificáveis e Mensuráveis	Meios de Verificação	Pressupostos Importantes
<p>A6. Qualidade e Sustentabilidade do Sistema de Saúde A6.1. Desenvolvimento de mecanismos e instrumentos que permitam ao Ministério responder, de forma eficiente, às limitações económico-financeiras do SNS (taxa moderadora e cartão de utente)</p> <p>A7. Avaliação e Acompanhamento A7.1. Realização de 4 missões/ano A7.2. Realização de reuniões semanais de coordenação IMVF/responsáveis distritais para balanço e planeamento de actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliário hospitalar e de escritório para os Centros e Postos de Saúde • Equipamentos de transporte: 3 viaturas 4x4 + 4 motorizadas • Material informático e de comunicação (computadores + impressoras + ups + fax) • Materiais formação/informação/sensibilização para os seminários/debates/conferências • 3 geradores diesel trifásicos + depósitos de combustível + peças de substituição. <p>Funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Custos para a realização de campanhas de educação sanitária e de sensibilização • Aluguer de escritório e despesas correntes: água, energia, comunicações, seguros • Consumíveis de escritório: canetas, lápis, papel A4, borrachas, marcadores, réguas; • Combustíveis, lubrificantes e peças para automóvel, motorizadas e geradores • Transporte de carga internacional + taxas alfandegárias + outros emolumentos. 		



Anexo 6 – Bibliografia e documentação consultada

- BANCO MUNDIAL, 1994, *Para uma saúde Melhor em África. As lições da Experiência.*
- BANCO MUNDIAL, 2004, *Implementation Completion Report (IDA-34280) on a credit in the amount of US\$7.5 Million to the Democratic Republic of Sao Tome and Principe for a Public Resource Management Credit.*
- BANCO MUNDIAL, 2004, *São Tomé and Príncipe. A Country Economic Memorandum.*
- BANCO MUNDIAL, 2005, *International Development Association. Country Assistance Strategy for Sao Tome & Principe.*
- BANCO MUNDIAL, 2006, *São Tomé and Príncipe. Joint IDA-IMF Staff Advisory Note on the Poverty Reduction Strategy. First Annual Progress Report.*
- COOPERAÇÃO PORTUGUESA, 2005, *Uma Visão Estratégica para a Cooperaçào Portuguesa.*
- COWI, 2005, *Improving Development Assistance to Fragile States*, GEPPA Conference, March.
- DFID, 2007, *Working Together for Better Health: Evidence for Action.*
- High level Forum on the Health MDGs, Paris, 14-15 Nov. 2005.
- INA, 1999, *Avaliação do projecto de cooperação do Centro Hospitalar de S. Tomé (1996-1999)*, IPC.
- IPAD, 2005, *PIC de São Tomé e Príncipe 2005-07.*
- IPAD, 2007, *Guia de Avaliação.*
- LEADER, N.; CLENZO, P., 2005, *Aid Instruments in Fragile States*, PRDE Working Paper 5, Jan. (draft for consultation).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, RSTP, 1999, *Política Nacional de Saúde.*
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, RSTP, 2000, *Carta Sanitária de S. Tomé.*
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, RSTP, 2001, *Plan National de Developpement Sanitaire.*
- MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO E FINANÇAS DE STP, 2006, *National Poverty Reduction Strategy – Implementation Report.*
- OCDE, 2005, *Principles for Good International Engagement in Fragile States*
- OCDE, 2007, *Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 2001-2005.*
- OCDE, OMS, 2003, *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference series.*
- OMS, 2005, *Estratégia de Cooperaçào da OMS com a República Democrática de São Tomé e Príncipe 2006-2009.*
- OMS, 2006, *Health Situation Analysis in the African Region, Basic Indicators.*
- Programa do XI Governo Constitucional de São Tomé e Príncipe.*
- RDSTP, 2004, *Objectifs du Millénaire pour le Développement. Premier Rapport National*, Abril.



- S. TOMÉ, 2006, *Rapport National sur le Suivi du Programme d'action de Bruxelles. São Tomé et Príncipe.*
- SANTANA, R., 2006, Revisão das Despesas do Sistema Nacional de Saúde, República de São Tomé e Príncipe, Relatório Final, Banco Mundial, Julho
- SAVE THE CHILDREN, 2005, *An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries.*
- STP, 2002, *Estratégia Nacional de Redução da Pobreza.*
- Sumário da compilação dos resultados dos questionários das reuniões auscultação do Fórum Nacional*, 2004, <http://www.earth.columbia.edu/cgsd/STP/documents/SumarioResultados.pdf>
- TAYLOR, L., 2005, *Absorptive Capacity of Health Systems in Fragile States*, Technical Approach Paper, Nov., HLSP Institute.
- OIT, RDSTP, PNUD, 2001, *Profil de Pauvrete em Republique Democratique de São Tome e Príncipe 2000.*
- INE, 2006, *Questionário Unificado de Indicadores Básicos do Bem-Estar (QUIBB-2005), STP.*