



**AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA
“SAÚDE PARA TODOS”
EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
NO PERÍODO 2005-2015**

20 abril - 24 agosto

2016

**AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA
“SAÚDE PARA TODOS”
EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
NO PERÍODO 2005-2015**

**CISCOS - Centro de Investigação em
Saúde Comunitária**

Responsável

Prof. Doutor António Jorge Cabral

Equipe de avaliação

Professor Doutor Jorge Torgal

Prof. Doutora Vitória Mourão

Prof. Doutor João Luís Baptista

Prof. Doutora Lurdes Monteiro

20 de abril – 27 agosto

2016

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO
“SAÚDE PARA TODOS” EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

ÍNDICE

	ACRÓNIMOS E SIGLAS	5
	RESUMO	8
	SUMMARY	11
I.	INTRODUÇÃO - OBJECTIVOS E MÉTODOS	13
	Métodos e fontes de informação	14
II	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO – PAÍS	15
	Aspetos demográficos e económicos	16
	Os indicadores Sanitários de STP no contexto do Programa "Saúde para Todos"	21
	Necessidades e procura de serviços	30
III.	ANÁLISE DE RELEVÂNCIA DAS INTERVENÇÕES DO PROGRAMA	31
IV.	EFICÁCIA	35
V.	EFICIÊNCIA	46
	Produtividade das Missões de Especialidade	47
	Gasto/Unidade de Atendimento	49
	Gasto consumíveis clínicos	49
	Gastos totais	50
	Regularidade dos fluxos financeiros	51
VI.	IMPACTO	52
	Qual a situação em STP, em 2005, quando o programa se alargou a todo o país?	53
	Qual a situação em STP, em 2015, quando o programa terminou?	54
VII.	SUSTENTABILIDADE	58
VIII.	GOVERNAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS	61
IX.	ESTRATÉGIA DE SAÍDA	63

X.	SÍNTESE, CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	65
XI.	ANEXOS	71
	ANEXO I - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS	72
	ANEXOII - LISTA DE INDIVIDUALIDADES RNTREVISTADAS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	74
	ANEXO III - CONVERSÃO DAS DIFERENTES ATIVIDADES EM UNIDADES DE ATENDIMENTO EQUIVALENTES	76
	ANEXO IV - FORMAÇÃO DE CURTA DURAÇÃO EM ÁREAS DAS MISSÕES DE ESPECIALIDADE	78
	ANEXO V - TERMOS DE REFERÊNCIA	79

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC - Acidente Cardiovascular

BAD - Banco Africano de Desenvolvimento

BCG - *Bacillus Calmette-Guérin*

CNE - Centro Nacional de Endemias

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DNT - Doenças Não Transmissíveis

DTP - Difteria-Tétano-Tosse convulsa

EUA - Estados Unidos da América

EVN - Esperança de Vida à Nascimento

FCG - Fundação Calouste Gulbenkian

FMI - Fundo Monetário Internacional

GAVI - Global Alliance for Vaccine and Immunisation

GCGA - Gabinete de Coordenação e Gestão da Ajuda

HAM - Hospital Central Dr. Ayres de Meneses

HTA - Hipertensão Arterial

IC - Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, I.P.

IDS - Inquérito Demográfico Sanitário

IFAD - The International Fund for Agricultural Development

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

IMVF - Instituto Marquês de Valle Flor

INE - Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe

MICS - Inquérito de Indicadores Múltiplos

IOF - Inquérito aos Orçamentos Familiares

MS - Ministério da Saúde

NV - Nados Vivos

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OGM - Orçamento Geral do Ministério

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ORL - Otorrinolaringologia

PF - Planeamento Familiar

PIB - Produto Interno Bruto

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PSPT - Programa “Saúde para Todos”

QUIBB - Questionário Unificado de Indicadores Básicos do Bem Estar

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SRO - Soro de Reidratação Oral

STP - República de São Tomé e Príncipe

TB - Tuberculose

UA - Unidade de Atendimento

UNFPA - United Nations Population Fund

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

US - Unidade Sanitária

USD - Dólares Americanos

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

RESUMO

Este relatório de avaliação tem como objeto o Programa “Saúde Para Todos”, PSPT, executado pelo Instituto Marquês de Valle Flor em São Tomé e Príncipe, durante os anos de 2005 a 2015.

A avaliação abordou as categorias de relevância, eficácia, eficiência, impacto, sustentabilidade e governação.

Quanto à relevância concluiu-se que as atividades (propostas e realizadas) do programa foram de grande relevância: i) para o padrão de saúde-doença da maioria da população de STP; ii) para o potencial de funcionalização de rede periférica de cuidados de saúde e sua utilização regular pela população; iii) para rentabilizar possibilidades de tratamento de especializado de doenças exigindo recursos inexistentes em STP.

No respeitante à eficácia, o **Programa** “Saúde Para Todos” foi excelente, uma vez que regista, em geral e ao longo do tempo, um aumento do volume dos Cuidados Primários de Saúde, com que se tinha comprometido inicialmente, e do volume dos serviços produzidos.

No que concerne a eficiência, realizou as suas atividades: i) com baixo custo; ii) com produtividade das missões de especialidade; iii) com um fluxo financeiro entre Lisboa e São Tomé que permitiu realizar a tempo pagamentos, aquisições e contratações.

O impacto do Programa “Saúde Para Todos” evidencia-se: i) pela disponibilidade e acessibilidade a cuidados de saúde, básicos e de especialidade; ii) por ter tornado mais equitativa essa acessibilidade, ao capacitar as unidades sanitárias periféricas para atender às populações ruralizadas. Embora seja difícil explicitar e comprovar que as melhorias no estado de saúde da população de STP possam ser atribuídas ao Programa, é razoável deduzir que as atividades preventivas (eficazes e em elevada cobertura) sobre grupos de maior risco (crianças, mulheres em idade fértil) e a acessibilidade de cuidados curativos (reduzindo a frequência de complicações intratáveis) atuaram num contexto em que os outros factores relevantes (condições de vida, alimentação e pobreza) não melhoraram; nenhuma outra explicação plausível existe para a posição privilegiada dos indicadores de saúde em STP em relação às médias de Região Africana da OMS e dos países vizinhos.

A sustentabilidade do Programa foi dificultada por um conjunto de condições: i) a falta de documentos de políticas nacionais de saúde (e de recursos humanos para a saúde); ii) as

limitações na participação financeira do Governo de STP para a implementação regular dos cuidados básicos de saúde; iii) a ausência de mecanismos de coordenação entre o Ministério da Saúde de STP e os parceiros de cooperação. Acresce que as ações de capacitação e formação executadas pelo Programa: i) se limitaram a melhorias na capacidade de gestão nos Distritos de Saúde; ii) não conseguiram complementar as missões de especialidade com missões de formação formal e regular.

A governação do Programa “Saúde para Todos” apresenta deficiências institucionais, funcionais e de imagem. A inexistência de instrumentos de acompanhamento político, regular, entre o Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal e o Governo de STP, assim como a ausência de monitorização do globalmente acordado, naturalmente que não foram supridas pela apresentação, regular e em tempo, dos relatórios de atividade, pela entidade executora. Se bem que governação do Programa pelo IMVF tenha sido correta e adequada, contribuindo decisivamente para a apropriação das atividades pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, este não cumpriu as suas responsabilidades institucionais nem funcionais. A não identificação, quer pela população, quer por responsáveis, do Programa à Cooperação Portuguesa, evidencia uma falha maior, colmatada pelo IMVF.

Considera-se que o conjunto das intervenções do Programa: i) responderam ao contexto de determinantes de saúde e necessidades de cuidados identificados na população de STP; ii) realizaram cuidados primários eficazes à escala de todo o País, contribuindo para indicadores de estado de saúde inesperados para as condições de pobreza de STP; iii) realizaram este conjunto de cuidados primários bem como as missões de especialidades por profissionais portugueses com elevada eficiência e contenção de custos; iv) contribuiram para a solução de diversos problemas médicos que ultrapassavam as capacidades do Hospital Central Dr. Ayres de Menezes.

As atividades do PSPT realizaram-se num ambiente de ausência de políticas claras de saúde e recursos para o Sector Saúde, em STP.

Foram identificadas ineficiências na área da coordenação com a administração de saúde pública de STP, que são parcialmente responsáveis pelos problemas na sustentabilidade e fraca governação.

Podemos, no entanto, concluir numa avaliação global, que o Programa “Saúde para Todos” realizou um conjunto abrangente de intervenções à escala nacional de STP, relevantes para os determinantes e necessidades de saúde, com eficácia de intervenção e potencial de atribuição dos bons indicadores de estado de saúde, que foram inesperados no contexto de pobreza de

STP. Além disso, conseguiu realizar esses resultados com eficiência de uso de recursos e custo relativamente modesto.

São feitas recomendações quanto a uma eventual fase de transição para a apropriação pela administração de saúde pública de STP, e os mecanismos indispensáveis de controlo de execução.

É considerado que a interrupção da anterior atividade regular da rede de cuidados primários pode ter consequências sérias para a população de STP, e pode mesmo assistir-se à reversão dos sucessos obtidos nas últimas décadas nos indicadores básicos de saúde.

SUMMARY

This assessment report has as its object the “Health For All” Programme, (HFAP), carried out by the Marquês de Valle Flor Institute (MVFI) in São Tomé e Príncipe (STP), from 2005 until 2015.

The assessment approached the categories of relevance, efficacy, efficiency, impact, sustainability and governance.

As far as relevance is concerned, the conclusion was that the programme activities (proposed and carried out) were of great relevance: i) for the standard of health-disease from the majority of the population of STP; ii) for the potential of functionality of the outbound network of healthcare and its regular use by the population; iii) to make the best use of specialised treatment possibilities which are not available in STP.

Regarding efficacy, the “Health For All” Programme was excellent once it registers, generally and through time, a volume increase of Primary Health Care with which it was initially compromised, as well as the amount of services rendered.

Concerning efficiency, the HFAP has carried out its activities: i) at a low cost; ii) with productivity from the specialized missions; iii) with a cash flow between Lisbon and STP which made it possible to pay all the acquisitions and contracts in due time

The “Health For All” Programme stands out: i) for the availability and accessibility of health care, both basic and specialised; ii) for having made that accessibility more equitable by enabling the outbound sanitary units in order to attend ruralised populations. Although it is difficult to make it explicit and prove that the improvements in the state of health of the STP population may be attributed to the Programme, it is reasonable to deduce that the preventive activities (efficient and in a wide coverage) in groups at greater risk (children, women in fertile age) and the accessibility to healing care (reducing the frequency of untreatable complications) have acted upon a context where other relevant factors (living conditions, nourishment and poverty) have not improved; there is no other plausible explanation for the privileged position of the health indicators in STP in relation with the averages of the WHO African Region and neighbouring countries.

The sustainability of the Programme was hindered by a gathering of conditions: i) lack of documents concerning national health policies (and human resources for health); ii) limitations in the financial participation of the Government of STP for the regular implementation of basic health care; iii) the absence of coordination mechanisms between the STP Ministry of Health and the cooperation partners. Moreover, the enabling and training actions carried out by the

Programme were limited to improvements in management abilities in the Health Districts and these were not able to complement the speciality missions with formal and regular training.

The governance of the “Health For All” Programme presents institutional and functional deficiencies as well as of image. The lack of instruments for political follow up, on a regular basis, between the Portuguese Ministry of Foreign Affairs and the Government of STP, as well as the absence of supervision of what was globally agreed, were naturally not erased by the regular and on time presentation of activity reports on behalf of the executing entity. Although the management of the Programme by the MVFI has been correct and adequate, thus contributing decisively to the appropriation of activities by the STP Ministry of Health, the latter did not comply with its institutional or functional responsibilities. The non-identification, both by the population and people in charge, of the Programme to the Portuguese Cooperation, enhances a major gap, which was filled by the MVFI.

We can therefore conclude that the group of interventions of the Programme: i) has answered to the context of health determinants and care needs identified by the population of STP; ii) has performed effective primary health care throughout the country, contributing to unexpected health state indicators for the poverty conditions of STP; iii) has performed this group of basic care as well as speciality missions by Portuguese professionals with high efficiency and cost control; iv) has contributed for the solution of numerous medical problems that were beyond the capacities of Dr. Ayres de Menezes Central Hospital.

The activities of the HFAP were carried out in an environment of absence of clear health policies and resources for the Health Sector, in STP.

Inefficiencies were identified in the coordination area with STP’s public health administration, which are partially responsible for the problems in sustainability and weak governance.

A global assessment enhances the fact that the “Health For All” Programme has performed a comprehensive group of nation wide interventions, relevant to the health determinants and needs, with intervention efficacy and potential for the attribution of good health indicators, which were unexpected in the context of STP’s poverty. Besides, it got to these results with efficiency in the use of resources and a relatively modest cost.

Recommendations are made as to a possible transition phase for the appropriation by the STP public health administration, and the indispensable control mechanisms of execution.

It is considered that the interruption of the regular activity of the primary care network in STP may have serious consequences for the population of STP, and reversion of all the success in basic health care indicators obtained in the last decades may be a possibility.

I. INTRODUÇÃO

Este relatório refere-se a implementação do Programa “Saúde Para Todos” (PSPT) em São Tomé e Príncipe (STP), pelo Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF), entre 2005 e 2015, com financiamento partilhado entre o Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. (IC) e a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG).

O Programa PSPT começou por assegurar os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em cinco dos sete Distritos de STP em 2005, alargando o apoio a todo o País em 2007. A partir de 2010, iniciou-se uma segunda e importante fase em que se adicionou a prestação local de cuidados de diversas especialidades médicas e cirúrgicas de referência, através de missões de curta duração de especialistas portugueses. Essa segunda fase incluiu também a instalação de uma plataforma de telemedicina para melhorar a capacidade de diagnóstico de casos rastreados pela rede de CSP e potencialmente necessitando de evacuação para tratamento no exterior ou tratamento especializado local pelas missões de especialistas. O programa de CSP inclui não apenas as prestações preventivas e curativas individuais mas também intervenções comunitárias, como a desparasitação das crianças escolares, apoios para redes locais de fornecimento de água e o investimento regular na educação para a saúde. A rede de centros de saúde funcionou também como base de diagnóstico e acompanhamento para os programas de controlo de malária, tuberculose e VIH-SIDA no País.

O Programa reforçou a capacidade de prestação de serviços da rede de CSP em todos os Distritos através de: implementação de um novo modelo de gestão articulando a centralização com a responsabilização e autonomia de gestão nas unidades distritais de saúde; fornecimento de medicamentos, seguindo os princípios da "Declaração de Bamako", e consumíveis clínicos; apetrechamento dos Centros de Saúde com equipamento de laboratório e fornecimento de reagentes; extensão da capacidade de prestação de serviços às populações mais dispersas através de meios de transporte e reabilitação de unidades sanitárias mais periféricas; atribuindo incentivos à produtividade a todos os trabalhadores das unidades de saúde, proporcionais à categoria profissional, dos médicos aos auxiliares de limpeza.

Ao fim de uma década (2005-2015) de investimentos e realizações, foi solicitada a avaliação a que se refere este relatório, com os seguintes objetivos (ver os Termos de Referência em Anexo V):

....

- *Analisar a modalidade de implementação e o modelo de gestão;*
- *Analisar os resultados e efeitos do Programa;*
- *Produzir conclusões e recomendações que permitam a prestação de contas (accountability) e que promovam a aprendizagem;*
- *Extrair lições e recomendações para uma eventual continuação do apoio a S. Tomé e Príncipe no setor da saúde, por parte da cooperação portuguesa.*
- *A avaliação deverá analisar a necessidade de continuação do Programa, tendo em conta as questões relacionadas com a sua apropriação e sustentabilidade. A concluir-se da sua necessidade, a avaliação deve produzir recomendações sobre o modelo a adotar. Deve igualmente indicar a abordagem e o momento mais adequados para a estratégia de saída...*

O relatório focou-se nos seguintes critérios, que constituem também as suas secções centrais:

- Relevância;
- Eficácia;
- Eficiência;
- Impacto;
- Sustentabilidade;
- Governação

A estrutura do Relatório começa por descrever o contexto de saúde em STP, para permitir a avaliação da “relevância” das intervenções do Programa. Seguem-se a avaliação para os restantes critérios de avaliação. As recomendações apresentadas no final do relatório baseiam-se estritamente na avaliação feita aos diversos critérios.

Este Relatório de Avaliação procura evitar a repetição da muita informação fatural, já contida nos Relatórios Anuais do IMVF e Avaliações Intercalares conduzidas pelo IC.

Métodos e Fontes de Informação

A caracterização das intervenções do Programa, para os diversos critérios, baseou-se em abundantes dados quantitativos sobre as atividades, recursos utilizados e custos do Programa, tal como disponibilizado em Relatórios Anuais de atividades e financeiros. A informação quantitativa foi dominante para os critérios de eficácia e eficiência. Uma lista de documentação consultada pode ser consultada no Anexo I.

Utilizaram-se os anos de 2005, 2010 e 2015 para caracterizar: i) a evolução das prestações de serviços, e; ii) a evolução dos gastos, do Programa. Entre 2005 e 2010 o Programa tinha-se estendido de 5 para 7 Distritos, e em 2010 iniciava-se a fase das missões de especialistas portugueses. 2015 foi o ano de termo do Programa.

O uso de séries limitadas de dados é justificado por se tratar de uma avaliação analítica mais do que descritiva, que não pode pretender repetir a monitorização feita pelos relatórios anuais, de atividade e financeiros, da instituição executora do Programa.

Além dos dados quantitativos, foram também obtidas opiniões e contextualização histórica, incluindo os motivos das decisões de estratégia e operacionais, através de entrevistas com informantes-chave envolvidos em todas as fases e níveis do Programa, desde as fontes de financiamento, a instituição executora – IMVF (em Lisboa e STP), os contrapartes locais (delegados de saúde e Governos Distritais, outros parceiros de cooperação em saúde, em STP), além dos decisores de políticas de saúde em STP. A informação qualitativa foi dominante para os critérios de sustentabilidade e governação. Uma lista das personalidades entrevistadas pode ser encontrada em Anexo II.

Assim, em relação aos critérios de sustentabilidade e governação, a metodologia baseou-se em triangulação de documentação da instituição executora, as observações da equipa de avaliação em todos os Distritos de STP e as opiniões expressas pelos participantes locais.

Devem mencionar-se duas limitações críticas na informação desejada sobre o sector Saúde em STP: a informação sobre os gastos com o Sistema Nacional de Saúde (não os valores orçamentados) e as estatísticas de prestações de serviços do Hospital Central Dr. Ayres de Menezes não foram disponibilizadas. Isso limita a precisão de algumas apreciações sobre a sustentabilidade do Programa apresentadas neste Relatório.

A impossibilidade de conhecer as patologias com maior representação nos motivos de internamento no do Hospital Central Dr. Ayres de Menezes também limitou a possibilidade de comprovar o crescimento das doenças crónicas não-transmissíveis, que se prenuncia pela transição demográfica e a prevalência dos fatores de risco.

II. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO – PAÍS

A República de São Tomé e Príncipe (STP) é um pequeno estado em desenvolvimento, de rendimento médio baixo, com uma economia frágil e extremamente vulnerável a choques exógenos. A insularidade, a quase inexistência da produção interna de bens que mais se consomem, torna o país dependente em quase 82% da ajuda externa. Potencialidades como turismo, agricultura e pesca, localização estratégica no Golfo da Guiné e o clima de paz, não têm conseguido o desenvolvimento desejado.

No relatório de análise de implementação da “Segunda Estratégia para a Redução da Pobreza de 2012-13”, o Governo de STP reconheceu que a redução dos índices de pobreza desde 2000 era marginal. Em 2009, 62% da população é considerada pobre. A pobreza urbana é alta quando comparada com a pobreza rural, o que se deve às limitadas oportunidades de emprego, em particular para os jovens. Apesar deste cenário, STP tem revelado alguma melhoria nos indicadores sociais e um melhor desempenho na maioria dos indicadores do que a média da África Subsariana, evoluindo no Índice de Desenvolvimento Humano de 0,521, em 2005, para 0,546, em 2010 e para 0,574 em 2015 (sendo o valor médio da África subsaariana de 0,523), o que corresponde neste ano a ser o 122.º entre 159 países (UNDP).

Aspetos demográficos e económicos

STP tem uma população jovem (43% com menos de 15 anos de idade, pirâmide de base larga e pico estreito) que, associado a um rápido crescimento da população adulta, incapaz de encontrar emprego, tende a ser um travão ao desenvolvimento (Quadro 1).

Com uma população que ronda as 200.000 pessoas e uma densidade populacional de 198,3 pessoas por km², sendo que 70% está concentrada num raio de 10 km da capital e 64% em dois distritos: Água Grande (38,9%) e Mé-Zóchi (25,0%). Adicionalmente, a população urbana que era de 55% em 2001, era já de 68% em 2015.

Na estrutura da pirâmide etária, entre 2005 e 2015, os grupos etários com menos de 15 anos de idade (44,7% para 43,0%) e com idade igual ou superior a 65 anos (4,3% para 3,2%) diminuem. Pelo contrário, aumenta o grupo etário dos 15 aos 65 anos (de 53,6% para 54,0%), assim como a longevidade (esperança de vida à nascença de 64,6 em 2005 e de 66,3 em 2015). A evolução da taxa de fertilidade (nº de nascimentos por mulher) de 6,4 (1980) > 5,4 (1990) > 4,7 (2000) > 4,3 (2010) > 4,1 (2013) associada ao aumento da EVN, comprova que STP está a iniciar a sua transição demográfica.

Paralelamente, a taxa bruta de natalidade (número médio anual de nascimentos durante um ano por 1000 habitantes) tende a diminuir: 39,0 (2000) > 37,5 (2005) > 35,7 (2010) > 33,5 (2015), assim como a taxa bruta de mortalidade (número médio anual de mortes durante um ano por 1000 habitantes) que, tendo aumentado de 2005 para 2010, está desde então em regressão: 7,8 (2000) > 6,9 (2005) > 8,5 (2010) > 7,4 (2015).

Com o aumento da longevidade (Quadro 1), a melhoria das condições sanitárias e o controlo das doenças transmissíveis (com especial relevo para o paludismo reduzido a casos residuais - ver Figura 1), é espetável o crescimento dos grupos etários com idade superior a 15 anos num futuro próximo, levando ao surgir de doenças crónicas e “da civilização” (diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, toxicodependências, tabagismo, alcoolismo, etc.).

Quadro 1. São Tomé e Príncipe, dados gerais

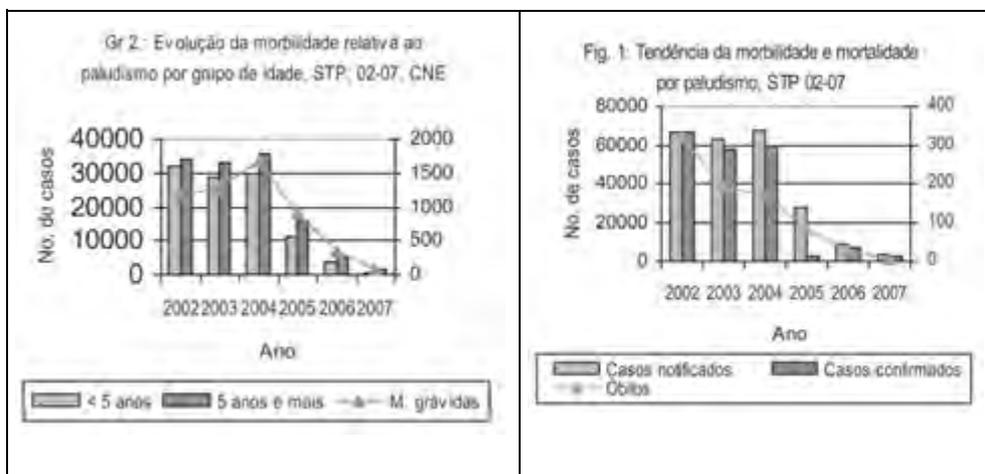
Indicador / Ano	2005	2010	2015
População total (ambos os sexos)	153.146	170.880	190.344
Densidade populacional (hab. / km ²)	159,5	178,0	198,3
% 0 – 4 anos	17,7	16,1	15,4
% < 15 anos	43,4	43,3	42,6
% 15 – 64 anos	52,1	53,0	54,3
% > 65 anos	4,4	3,7	3,1
Crescimento demográfico	2,3	2,2	2,1
População urbana (%)	58,0	61,9	65,1
Esperança de vida à nascença	64,6	65,9	66,3
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	37,5	35,7	34,1
Taxa de fertilidade total (nascimentos / mulher)	5,0	4,8	4,6
Taxa de natalidade (‰)	33,4	33,9	33,9
Taxa de mortalidade infantil (mortes / 1000 nascimento)	43,1	54,6	49,2
Taxa bruta de mortalidade (por 1000)	8,2	7,4	6,8
Taxa de Mortalidade Materna (mortes / 100.000 NV)	260	-	156

Idade média da mãe aquando do 1º filho	-	-	19,4
Mães adolescentes (% mulheres entre os 15 e os 19 anos)	-	22,8	-
Obesidade - taxa de incidência da população adulta (%)	-	9,5	-
Despesas com saúde (% do PIB)	8,9	10,0	6,9
Despesas em saúde pública (% total despesas em saúde)	43,2	52,9	28,9*
Despesas em saúde reembolsáveis (% privadas saúde)	76,1	73,6	84,3*
Despesa pública em educação (% PIB)	-	70,0	-
Literacia	-	77,3	-
Taxa de literacia nos jovens (15-24 anos) – mulheres	-	83,1	-
Taxa de literacia nos jovens (15-24 anos) – homens	-	94,9%	92,7
Inscrições na escola primária (% líquida)	-	-	49,3
Inscrições na escola secundária (% líquida) –	-	135%	-
Taxa bruta de escolarização (1ª a 6ª) (%)	-	-	65%
PIB per capita (USD)	764,3	1.300	-
PIB (milhões de USD)	123,0	-	337,4
PIB - Taxa de Crescimento Real (%)	4,4	4,5	-
Rendimento Nacional Bruto per capita (USD)	-	-	1.670
População abaixo do nível de pobreza (%)	54,0	66,2	-
População com subnutrição (%)	0,02	5	-
Eletricidade - produção (bilhões kWh)	12.000	0,02	0,02
Telefones - linhas móveis (celular)	20.000	102.500	-
Número de usuários do Internet	7,73	27.700	-
Subscrições de internet móvel		57,6	64,9
Índice de Pobreza Humana	23,7	20,9	22,1**
Privação sobrevivência (% pessoas não passam 40 anos)	15,1	13,9	13,9
Privação do conhecimento (%pessoas adultas analfabetas)	15,6	10,8	9,9
Composto de privação de padrão de vida adequado (%)	31,9	28,6	30,6
População sem acesso a água potável (%)	13,8	11,0	16,4
População sem acesso a serviços sanitários (%)	71,9	70,0	65,6

Crianças com < 5 anos com peso deficiente (%)	10,0	13,1	9,9
Taxa de alfabetização de adultos entre 15 e 24 anos (%)	123	-	-
Taxa de alfabetização (%)	84,9	69,5	-
VIH/SIDA			
Taxa de incidência da população adulta (%)			
Habitantes infetados com VIH/SIDA			1.400
Mortes por SIDA			
Densidade de médicos (médicos / 100.000 habitantes)		53	
Densidade Enfermeiros (enfermeiros / 100.000 hab.)		171	
Camas hospitalares per capita (camas / 1.000 habitantes)	3,2		

* referente a 2013; ** referente a 2012.

Figura 1. Evolução da morbilidade por paludismo



Economicamente, STP tem um PIB nominal de USD 214,0 e o PIB *per capita* de USD 1.306,6. A sua economia está baseada no comércio, turismo e sector agrícola, exportando cacau, café e óleo de palma (embora não compense as importações). A despesa pública atingiu 34,2% do PIB em 2015 (e despesas de investimento a representar 15,3% do PIB). A prospeção de petróleo iniciou-se em 2012. A baixa mobilização de receitas internas, a par da fraca capacidade de gestão das finanças públicas, a importância das despesas públicas e a

volatilidade da ajuda dos doadores levou o país a registar défices orçamentais e atrasos nos pagamentos.

A taxa de desemprego tem evoluído entre os 14,4 % em 2000, 17,3 % em 2005, 13,7 % em 2010, e 13,0 % em 2015. A população feminina sofre de uma maior taxa de desemprego que a população masculina.

O acesso à água potável e ao saneamento básico são direitos humanos essenciais e bons indicadores de padrões de qualidade de vida e de saúde, apropriados à monitorização do progresso social. Fez parte do pacote dos ODM, reduzir para metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso à água potável e ao saneamento básico. Mais de 80% da população de STP tem acesso a água potável, mas já no saneamento básico, apenas menos de um terço tem saneamento apropriado.

A educação tem uma inter-relação com a demografia e desenvolvimento socioeconómico. Em STP o ensino pré-escolar ainda está pouco desenvolvido. No entanto, no ensino básico consegue, desde 2011, a universalidade do ensino. Paralelamente, as taxas de analfabetismo tendem a diminuir, mas, paradoxalmente, houve uma subida no último ano em STP. A taxa bruta de matrículas no ensino primário é de 110% e STP cumpriu os ODM 2015 relativos ao ensino primário universal, à promoção da igualdade de género e capacitação das mulheres, à melhoria da saúde materna e no combate ao VIH/SIDA, Tuberculose, Paludismo e outras doenças (taxa de mortalidade de crianças <5 anos: 47,3 / 1000 nados-vivos), quanto ao acesso a uma fonte de água potável, 97%, e ao acesso à eletricidade, 60% da população.

Em relação à criminalidade STP é considerado um país seguro e quanto ao ambiente, STP tem emissões de gás carbónico abaixo de 1 tonelada métrica por habitante (as emissões atingem apenas uma décima *per capita*).

O *Documento de Estratégia Nacional 2016-2018* dá prioridade à promoção da boa governação, à reforma do sector público, ao crescimento sustentável e inclusivo, ao reforço do capital humano, à prestação de serviços sociais, à coesão social e à proteção social. STP ocupa o 76º lugar entre 175 países no índice das perceções de corrupção da Transparência Internacional e está em 166º lugar num total de 189 economias (*Relatório Doing Business 2016*). Até há dois anos, aproximadamente, o país continuava a sofrer frequentes mudanças de governo e de quadros da administração do Estado, levando à descontinuidade da ação governativa. O perdão de 60% do montante da dívida externa do país parece não ter tido ainda reflexos a nível social. A Ajuda Pública ao Desenvolvimento *per capita*, que corresponde a cerca de 13%

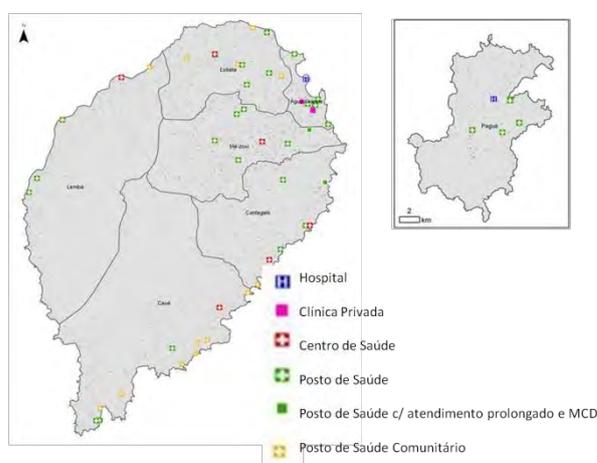
do PIB *per capita*, diminuiu 47% entre 2004 e 2007, passando de 130 dólares americanos para 69 dólares por habitante.

Os indicadores sanitários de STP no contexto do Programa “Saúde para Todos”

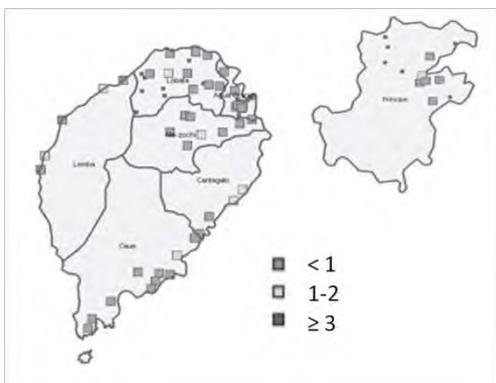
De 2005 a 2010, STP definiu na área da saúde uma agenda baseada em quatro eixos: melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde, luta contra as doenças, redução da mortalidade materna e infantil, e promoção e proteção da saúde.

Em relação à melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde e à sua organização, em 2006 foram reformulados documentos de orientação da Política Nacional de Saúde: o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário e a Carta Sanitária. Contudo, as diferentes estruturas do Ministério da Saúde agiram como se fossem partes independentes e não relacionadas entre si. Neste contexto, o Conselho de Direção, que devia coordenar, deliberar, consultar e prestar contas não funcionou de forma regular. Por isso, o conceito da saúde de família adotado pelo Ministério da Saúde, nunca foi posto em prática (embora 70% da população tenha acesso a uma unidade sanitária a menos de uma hora, mas a acessibilidade geográfica e financeira aos cuidados especializados era, até 2010, particularmente reduzida para as populações de Príncipe, Lembá e Caué). Adicionalmente, os índices de pobreza eram mais elevados nestes distritos, o que justifica a opção do PSPT em financiar, e sempre em colaboração com o Ministério da Saúde, o início regular de consultas de especialidade (cirurgia geral, medicina interna, pediatria e ginecologia) nesses distritos. É ainda neste contexto que se estrutura a vertente “especialidades” do Programa “Saúde para Todos” (ver Mapa 1).

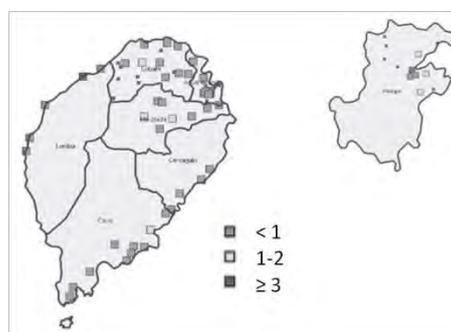
Mapa 1. Distribuição de unidades de saúde por distrito sanitário, 2007



Em STP, de 2005 a 2015, apesar da existência de número profissionais possibilitando rácios de profissionais de saúde/ população, superiores aos rácios médios da região africana da OMS, persiste uma situação caracterizada por um número insuficiente de recursos humanos qualificados e desigualdade na distribuição geográfica, o que deixa desfavorecidas as unidades sanitárias periféricas (Mapas 2 e 3). O Ministério da Saúde nunca elaborou qualquer plano de formação de recursos humanos para a saúde. Muitos fatores, tais como a baixa remuneração (o que leva o PSPT ao “incentivo monetário”), a ausência de um plano de carreiras profissionais e de incentivos para a fixação de quadros da saúde na periferia, bem como a limitação de mecanismos de supervisão, estão na base da desmotivação do pessoal de saúde, levando ao absentismo ou à procura de fontes complementares do salário pago pelo Estado, ao desinteresse pelo trabalho e à fuga para sectores mais atrativos ou para o estrangeiro. Por outro lado, a capacidade diminuta de ensino do Instituto de Ciências da Saúde e a sua inadequação às necessidades do país, uma deformação de base e contínua, bem como a indefinição do papel do departamento de recursos humanos no Ministério da Saúde, tornou difícil ao Programa Saúde para Todos e a outros parceiros estratégicos, saberem como atuar neste domínio de crucial importância.



Mapa 2. Número de médicos por unidade periférica, Agosto de 2007



Mapa 3. Número de enfermeiras parteiras sanitária por unidade sanitária periférica, Agosto de 2007

Paralelamente, o sector farmacêutico nacional enfrentava enormes desafios, entre os quais, a escassez de profissionais, as insuficiências de ordem organizacional, programática e de gestão, a inexistência/inadequação de instrumentos de política e de legislação farmacêutica, e de diretrizes. A multiplicidade não coordenada de fontes de aprovisionamento e as frequentes rupturas de reservas de medicamentos, reagentes, e outros produtos de saúde estratégicos, têm uma repercussão negativa na qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Por isso, em 2007, tiveram início intervenções destinadas a inverter a situação através do Programa “Saúde para Todos”.

Em relação às tecnologias da saúde, as infraestruturas sanitárias carecem de alguns equipamentos e não existe uma política de manutenção preventiva e de standardização de equipamentos. Nenhum distrito dispõe de equipamento de radiologia, à exceção de Água Grande. Os equipamentos de diagnóstico laboratorial não estão estruturados nem sujeitos a controlo de qualidade. É neste contexto que o PSPT justifica o apetrechamento dos centros de saúde relacionados com os Cuidados Primários de Saúde.

Note-se que o Sistema Nacional de Informação Sanitária se confrontava com a falta de uma unidade dedicada e de um responsável a nível central, com a ausência de diretrizes para a gestão e formação de prestadores, com uma deficiente supervisão e com uma difusão de informação escassa e inconsistente; esta situação que persiste até aos dias de hoje, evidencia uma deficiência real no arquivo de documentação e no seu acesso (o que foi agravado pelo incêndio entretanto ocorrido no Ministério da Saúde). Saliente-se a inexistência de uma biblioteca virtual e de um *site* funcional do Ministério da Saúde.

A falta de mecanismos bem estabelecidos de coordenação das parcerias dificulta a obtenção e a otimização da utilização dos recursos. A frágil colaboração e coordenação entre os programas e outras estruturas do Ministério da Saúde, bem como o incipiente quadro de planeamento, de concertação e de coordenação das parcerias constituem importantes fatores que dificultam a obtenção de progressos neste domínio. O ano de 2006 caracterizou-se por esforços tendentes a transformar o Conselho de Coordenação Multisectorial num mecanismo para assumir a coordenação de todas as intervenções do sector da saúde.

Entretanto, o sector do financiamento do sistema nacional de saúde, não possui informações exatas sobre as despesas com o sistema público de saúde, nem das contribuições das várias fontes de financiamento. Houve assistência técnica da OMS, iniciada em 2006, mas o processo de elaboração das contas nacionais da saúde, ainda não está estabelecido, nem definido onde o mecanismo ficará sediado. A parte do orçamento do Estado destinado ao sector da saúde

decreceu de 18%, em 2004, para 10%, em 2007. Por conseguinte, o sector está muito dependente, para as suas ações, da ajuda externa, o que mina a sustentabilidade das intervenções regularmente empreendidas.

Os programas de luta contra o VIH, paludismo e tuberculose estão integrados no Centro Nacional de Endemias, mas os mecanismos de concertação e coordenação entre os mesmos são incipientes por serem geridos por unidades técnicas ou programas diferentes. O Programa Nacional de Luta contra o Paludismo beneficiou do apoio de vários parceiros no âmbito da implementação do plano estratégico 2001-2010, assim como, o Plano Estratégico de Luta contra o VIH/SIDA 2004-2008. No caso do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, os recursos para a implementação do plano estratégico 2007-2011 foram quase inexistentes. Os três programas continuavam a realizar as suas prestações a partir do capital do país de maneira vertical, sem integração entre eles (embora estejam todos domiciliados no CNE).

No que respeita à Luta contra o VIH/SIDA, a prevalência do VIH/SIDA passou de 0,1%, em 2001, para 1,5%, em 2005, tendo-se estabilizado em cerca dos 0,8% em 2014 (idades 15-49 anos). Neste âmbito, as atividades de prevenção e tratamento foram implementadas em quase todos distritos sanitários. Contudo, desde 2008 que a fraca monitorização e avaliação, a inoperacionalidade do Secretariado Executivo da Comissão Nacional de Coordenação e Luta contra a SIDA, a não implementação dos planos sectoriais existentes ou a ausência dos mesmos nalguns sectores nacionais como o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e nos sectores económicos (OMS 2013), originaram constrangimentos na execução global. Quanto à tuberculose, apesar da Estratégia Nacional de Luta contra a Tuberculose 2007-2011 ter sido aprovada pelo Governo em 2006, as atividades não foram descentralizadas e a terapêutica de curta duração com toma de observação direta é feita só durante os primeiros dois meses de tratamento, centralizada, durante o internamento no Hospital Ayres de Menezes, apesar da existência de quadros qualificados e capacidade laboratorial em todos os distritos. A extensão da estratégia a todos os distritos constitui um dos grandes desafios, nomeadamente, na melhoria do sistema de aprovisionamento e de gestão dos medicamentos, na definição de mecanismos de colaboração TB/VIH, na luta contra a tuberculose multirresistente, no reforço da capacidade de monitorização e avaliação, no reforço do laboratório do Hospital Ayres de Menezes para desempenhar o papel de laboratório nacional de referência e no reforço da capacidade de gestão do programa de luta contra a tuberculose. Já a implementação das intervenções preconizadas relativas ao controlo do paludismo (pulverização intra-domiciliar, utilização de mosquiteiros impregnados com inseticida, uso de

artemisinina) registaram progressos consideráveis, com impactos visíveis na morbidade e mortalidade por esta doença.

A vigilância epidemiológica semanal e mensal está estabelecida em todas as unidades sanitárias e funciona de acordo com as orientações técnicas da vigilância e resposta integrada às doenças. A inexistência de um laboratório nacional de saúde pública, a insuficiência em número e na qualidade do pessoal técnico ao nível das unidades sanitárias periféricas e a falta de fundos do orçamento nacional destinados às atividades de vigilância constituem entraves de relevo para um desempenho eficaz desse sector. O Programa “Saúde para Todos”, desde 2005, organizou e apetrechou a rede de laboratórios dos Cuidados de Saúde Primários, assegurando uma eficaz aquisição e gestão de equipamentos e reagentes, a formação e a supervisão do pessoal técnico, até à data atual.

Tudo indica que as doenças não transmissíveis passarão a ser importantes causas de morbidade e de mortalidade, escasseando, no entanto, informações fatuais sobre as mesmas. Com vista a medir a sua verdadeira magnitude, foram realizados inquéritos de prevalência das principais doenças crónicas cardiovasculares e os seus fatores de risco, e em 2006 foi realizada com o apoio da OMS uma ação de formação dos quadros do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística sobre a abordagem faseada à vigilância dos fatores de risco. Foram elaborados os protocolos terapêuticos para a diabetes e a hipertensão arterial, bem como o Plano de Visão 2020. No entanto, não é dada a devida atenção a algumas DNT, tais como as doenças nutricionais, a drepanocitose, as neoplasias e as do foro da saúde mental. O maior desafio consiste em elaborar e implementar políticas e estratégias para o seu controlo, o que o Ministério da Saúde não tem realizado.

Na saúde da criança e do adolescente, há bons indicadores relativos à saúde da criança (Quadro 2), fruto da integração e colaboração dos programas que lidam com a saúde da criança (AIDI, Programa de Saúde Reprodutiva, Programa Alargado de Vacinação, Distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida e a distribuição de suplementos de vitamina A). Com o apoio de parceiros incluindo o Programa Saúde para Todos, foram elaborados o Plano Plurianual completo para a vacinação para o período 2008-2012 e os planos estratégicos 2008-2012 de AIDI - comunitária e da saúde dos adolescentes e jovens. Assim, é de realçar o aumento da percentagem de crianças com menos de um ano que receberam todas as vacinas constantes do programa nacional de vacinação.

Porém, face ao aumento observado de número de casos de gravidez precoce, interrupções voluntárias da gravidez, abuso de álcool e violência entre os adolescentes, a OMS recomendou

que as autoridades sanitárias devem reforçar a rede nacional das associações de adolescentes e jovens, melhorar a prestação de serviços de saúde e transferir as competências e os devidos recursos para os distritos, a fim de reforçar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (OMS 2013).

As principais causas da morbi-mortalidade materna são a idade prematura das primíparas, o inadequado conhecimento dos sinais de gravidez de alto risco e a inadequada qualidade de serviços prestados, devido a deficiências do equipamento, da organização de serviços e do sistema de referência. A situação da mortalidade neonatal não é conhecida. O roteiro nacional para a redução da mortalidade materna e neonatal, teve a participação do Programa Saúde para Todos, que mobilizou recursos adicionais para a sua implementação.

Quadro 2: Indicadores de ODM 1 e ODM 4

Indicadores / Ano	2000	2005	2010	2015
Insuficiência ponderal crianças < 5 anos (%)	12,9	10,0	13,1	9,9
Crianças com baixo peso à nascença (inferior a 2,5Kg) (%)	15,1	7,8		10 (2013)
Taxa de mortalidade neonatal-infantil (‰)	97	66		19 (2013)
Taxa de mortalidade infantil (‰)	63	43,1	54,6	49,2
Crianças < 1 ano vacinadas contra o sarampo	69	70,0	83,4	89,3

Desde 2004, ano em que se atingiu o valor de 16 óbitos maternos por ano, a situação relativa à mortalidade materna é ainda preocupante, como se pode ver no Quadro 3.

Quadro 3: Situação dos Indicadores do ODM 5: melhorar a saúde materna

Indicadores / Ano	2000	2005	2010	2015
Taxa de Mortalidade Materna (mortes / 100.000 NV)	-	260		156

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	-	-	79	91
Taxa de prevalência de uso de contraceptivos (%)	-	38,1	38,4	40,6
Taxa de fertilidade de adolescentes, mulheres de 15-19 anos, por 1000	-	-	93	92
Cobertura ante natal (%) – pelo menos 4 visitas	-	-	72	72

Em relação à Promoção da Saúde, em 2005 persistiam estratégias isoladas de comunicação para a luta contra doenças específicas. Posteriormente foram desenvolvidas campanhas de comunicação visando a mudança de comportamento, dirigidas à população em geral e particularmente aos grupos mais vulneráveis, com a colaboração do *Programa Saúde para Todos*. Ressalta-se, no entanto, a fraqueza do quadro organizacional de colaboração entre a saúde e os diferentes parceiros e a falta de clareza do Ministério da Saúde nestes domínios, nomeadamente, na inexistência de uma política nacional de promoção de saúde que tenha em vista a criação e a sustentabilidade de um ambiente que permita abordar os grandes determinantes da saúde.

Na Proteção da Saúde, a população com acesso a água canalizada ronda os 90%, mas o acesso a água potável é reduzido (cobertura de 38% em 2005 - QUIBB de 2005). No que se refere ao saneamento, a taxa de cobertura nacional em infraestruturas de saneamento é de 30% (QUIBB de 2005). A maioria das habitações são habitualmente construídas sem estruturas sanitárias e os dejetos humanos são depositados ao ar livre, os resíduos biomédicos e hospitalares são geralmente enterrados ou queimados ao ar livre e não existe uma política relativa à gestão das substâncias químicas e/ou dos produtos resultantes de sua deterioração. O quadro jurídico e institucional relativo à água e ao saneamento está pouco desenvolvido. STP carece de uma política nacional da água, sendo a gestão da água sectorial, sem mecanismos eficazes de concertação entre os diversos atores e de coordenação global entre os diversos utilizadores da água (embora o país disponha de um Código da Água e dum Plano Diretor de gestão dos resíduos sólidos). Neste contexto, embora STP tenha mapeado (desde 2005/2006) os riscos de catástrofes naturais (desabamentos de terras, inundações, naufrágios, epidemias...) que podem causar numerosos feridos, doentes ou óbitos e avultados prejuízos económicos e sociais, não dispõe capacidade institucional instalada e plano de contingência para a redução da vulnerabilidade e dos riscos sanitários, bem como um plano de preparação e resposta rápida à situações de emergência devido a catástrofes naturais. A elaboração de um

documento de política de saúde e ambiente que inclua a revisão do código sanitário, seria fundamental.

A OMS na estratégia de cooperação com STP em 2009, entre outras recomendações, refere a:

- reformulação da reforma do sector e do Ministério da Saúde,
- adoção de políticas nacionais para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde,
- o estudo do financiamento do sector e do acesso aos medicamentos e tecnologias essenciais da saúde,
- melhoria do Sistema de Informação Sanitário,
- reformulação de intervenções essenciais integradas para acelerar o acesso universal a todas famílias,
- prestação de serviços integrados e aplicação de opções de descentralização e de reforço dos distritos sanitários,
- melhoria da resposta do sistema de saúde à necessidade de proporcionar um acesso equitativo a cuidados e serviços de saúde de qualidade para todos, com destaque para os grupos mais vulneráveis e as comunidades menos favorecidas, através do reforço dos cuidados de saúde primários,
- melhoria do controlo das doenças não transmissíveis crónicas, privilegiando as medidas de redução dos fatores de risco.
- redução da morbilidade e mortalidade e a melhoria da saúde nos principais estádios da vida, melhorando a qualidade de serviços de saúde a todos recém-nascidos, crianças com menos de cinco anos, adolescentes e mulheres.

É neste contexto que o Programa “Saúde para Todos” amplia a sua intervenção a todo o país. Sabendo-se que grande parte do financiamento do sector da saúde provém da contribuição externa dos parceiros para o desenvolvimento, em 2007 é criado o Gabinete de Coordenação e Gestão da Ajuda (GCGA), sob a dupla tutela do Ministério dos Negócios Estrangeiros, Cooperação e Comunidades e do Ministério do Plano e Finanças. No entanto, não existe qualquer documento oficial do país que defina a política do Governo em matéria de Ajuda Pública ao Desenvolvimento do sector da saúde, o que torna impossível implementar, monitorizar e avaliar os acordos de cooperação.

Na prática, a indefinição de políticas nacionais do sector da saúde, no reforço de parcerias para o desenvolvimento sanitário, não têm permitido coordenar ajudas e evitar constrangimentos, como a duplicação de atividades (por exemplo, no financiamento de alguns medicamentos, ou na falta dele, pelo Fundo Global e o Programa Saúde para Todos. A Ajuda Pública ao Desenvolvimento no sector da Saúde concretiza-se predominantemente através da implementação de Programas.

O conjunto de parceiros mais importantes que atuam na área da saúde na cooperação bilateral são Portugal, França, Brasil, EUA, Cuba, Espanha e Japão, e na cooperação multilateral, PNUD, UNICEF, UNFPA, BAD, GAVI, Fundo Global e algumas ONGs. Portugal destaca-se pelas intervenções nas áreas da saúde e da educação (evacuação e tratamento de doentes; programas de saúde preventiva e curativa; reabilitação de infraestruturas, água e saneamento; apoio em medicamentos, reagentes, equipamentos, viaturas, formação; assistência com consultas especializadas nos distritos).

O período em avaliação deste relatório está intimamente ligado às orientações mundiais e regionais que pretendiam alcançar as metas dos ODM relacionados com a saúde. Neste sentido, o Programa Saúde para Todos, executado pelo Instituto Marquês de Valle Flor e financiado pela Cooperação Portuguesa, participou em parceria com o Ministério da Saúde de STP, em questões de capital importância para a saúde, refletindo as normas e padrões das recomendações mundiais, prestou apoio técnico, facilitando mudanças e criando de capacidades institucionais, inclusive de investigação, numa visão ética e fatural. Podemos, no geral, afirmar - inclusive por todos os testemunhos recolhidos nas entrevistas de terreno, que o PSPT foi um meio de investimento na saúde para reduzir a pobreza, garantir a segurança individual e coletiva, a cobertura universal com respeito à igualdade de género e dos direitos humanos relacionados com a saúde, a gestão dos determinantes da saúde, e permitindo um reforço do sistema de saúde e promoção do acesso equitativo e aperfeiçoamento de conhecimento, ciência e tecnologia. Neste contexto o Programa Saúde para Todos contribuiu para a cobertura universal com intervenções eficazes de saúde pública, reforçou a segurança nacional da saúde e reforçou capacidades institucionais, para fornecer as intervenções essenciais de saúde pública sob orientação e liderança do Ministério da Saúde de STP.

O Programa “Saúde para Todos” esteve estrategicamente ligado às “Orientações Estratégicas para as Atividades da OMS na Região Africana 2005-2009”, que incluem a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a saúde materno-infantil, as situações de emergência e ação humanitária, promoção da saúde, o controle dos determinantes da saúde, em consonância com os objetivos dos ODM deste último quinquénio.

Várias prioridades estratégicas têm sido aconselhadas ao Ministério da Saúde pela OMS, mas dado não terem lugar reuniões periódicas com os parceiros do Ministério da Saúde desde que o atual governo está em funções, i.e., nos últimos dois anos, estas medidas estratégicas propostas pela OMS não têm sido discutidas nem implementadas.

Em resumo, nos últimos quinze anos e apesar da estagnação da economia, STP conheceu uma melhoria no acesso ao ensino básico (embora a qualidade deva ser melhorada), um aumento da população urbana (concentrada num raio de 10 km), melhor acessibilidade aos serviços de saúde, e aumento da esperança de vida à nascença.

Necessidades e procura de serviços de saúde

As reduções observadas na mortalidade infantil, materna e do adulto, em STP sugerem que o fácil acesso a uma rede funcional de Cuidados de Saúde Primários (CSP) teve um papel importante, num contexto de pobreza, limitações nutricionais e fracas condições de vida. Infelizmente, a ausência de registos do Hospital Central impediu a consulta das causas mais importantes de internamento (ou óbito). Assim, o sumário que se segue é baseado na integração de diversa informação secundária.

A mortalidade infantil reduziu-se, mas permanecem problemas, desigualdades e desafios para o sistema de saúde: as patologias neonatais passam a ser proeminentes como causa de mortalidade, e exigem cuidados obstétricos de qualidade; 32% de crianças com nanismo refletem as dificuldades nutricionais da população e agravam-se com o baixíssimo nível de saneamento básico (34%) (WHO/AFRO, Fact Sheet); a mortalidade infantil é 3 vezes maior nas mães iletradas que naquelas com ensino secundário completo (INE).

A mortalidade materna também se reduziu, mas permanecem problemas e riscos: a baixa utilização regular do planeamento familiar e a elevada taxa de gravidez em adolescentes (110/1000 jovens, média africana de 117) (UNFPA, 2013).

A mortalidade do adulto reduziu-se em mais de 50% entre as décadas de 1970 e 2010 (Lancet, 2010), sendo que em 2013 a mortalidade dos adultos era de 168 por mil para as mulheres e 221 por mil, para os homens, acompanhando o aumento da esperança de vida à nascença (EVN) – de 61 para 67 anos (ambos os sexos) entre 1990 e 2013. No entanto, aumenta a importância de riscos para a saúde do adulto: i) a população com idade entre os 15 e os 59 anos, em 2013, constituía 54% da população, havendo então 5% do total dos São-Tomenses com mais de 60 anos, sendo que a esperança de vida aos 60 anos era de 18 anos, em 2013; ii)

os fatores de risco para as doenças crónicas cardiovasculares (incluindo diabetes mellitus) estão já presentes (Quadro 4.); iii) a elevada utilização de combustíveis sólidos na vida doméstica (71%) soma-se ao consumo de tabaco para preconizar elevado risco para doença pulmonar obstrutiva crónica. Os resultados da análise da “carga de doença” para STP confirmam essa ascensão desses novos fatores de risco e das doenças crónicas não-transmissíveis (IHME, 2010).

O crescimento previsível das doenças crónicas cardiovasculares virá associar-se ao aumento do número de doentes com VIH/SIDA em tratamento, para pressionar o sistema de saúde em número de consultas e custos elevados (e em STP a despesa privada com saúde já é 50% superior à dos países africanos de renda media-baixa) (WHO, 2012). E a Malária continuará a apresentar um risco de recrudescimento se o programa de controlo perder qualidade ou cobertura regular.

Até agora, o acesso fácil à rede funcional de CSP tem feito com que a cobertura com cuidados (preventivos e curativos) e a informação tenham compensado as limitações decorrentes da pobreza e da habitação. Na pequena superfície do país, o contacto regular com os CSP é fácil: as crianças têm a mesma frequência de uso de vacinação e consulta quando febris, independentemente do nível educacional e de riqueza das mães.

Quadro 4. Prevalência de Fatores de Risco para as Doenças Crónicas Cardiovasculares

Factor de risco		
Consumo de Tabaco - Jovens	<i>Mulh.</i>	23%
	<i>Hom.</i>	31%
Consumo de Tabaco - Adultos	<i>Mulh.</i>	2%
	<i>Hom.</i>	10%
Consumo de Álcool (Litr. / Ano)	<i>Mulh.</i>	2,9
	<i>Hom.</i>	11,5
Hipertensão	<i>Mulh.</i>	36%
	<i>Hom.</i>	40%
Glicémia elevada	<i>Mulh.</i>	10%
	<i>Hom.</i>	9%
Colesterol elevado	<i>Mulh.</i>	4%
	<i>Hom.</i>	2%
Obesidade	<i>Mulh.</i>	13%
	<i>Hom.</i>	6%
Inactividade Física	<i>Mulh.</i>	26%
	<i>Hom.</i>	12%

III. ANÁLISE DE RELEVÂNCIA DAS INTERVENÇÕES DO PROGRAMA

A decisão na fase inicial do Programa (2005) para intervir no nível Primário de Saúde deve ser considerada extremamente relevante, apesar da sua aparente simplicidade. Este julgamento é baseado nos critérios seguintes:

- Os problemas de saúde que afligiam a população de STP há 15 anos atrás ainda eram os da “fase inicial da transição em saúde”, com predomínio das doenças transmissíveis e ligadas à reprodução;
- Esses problemas de saúde podem controlar-se com intervenções tecnicamente simples (por exemplo, vacinas, medicamentos essenciais, cuidados obstétricos), mas disponíveis numa rede de prestadores próximos, facilitando a utilização atempada e continuada e o contacto informativo com os profissionais de saúde;
- A proximidade e contacto informativo com os profissionais de saúde é determinante para: i) gestão de doenças transmissíveis (malária, tuberculose, VIH); ii) saúde reprodutiva e infantil (contactos repetidos e informação). A eficácia das intervenções técnicas (de saúde) podia somar-se à melhoria de hábitos (divulgação de informação de saúde) para sinergia com as modestas melhorias nas condições de vida;
- A opção escolhida pelos CSP era facilitada pelo pequeno território, com escassas distâncias entre povoados e unidades sanitárias (US), e uma cobertura formal de recursos invejável por qualquer país da África subsaariana: 1 US por cada 5000 habitantes e 2,3 profissionais de saúde por cada 1000 habitantes;
- A intervenção decidiu aumentar ainda mais este potencial de cobertura e proximidade, com a reabilitação de infraestruturas e meios para equipas móveis;
- A intervenção insistiu na melhoria da competência técnica e motivação dos profissionais de saúde (formação e incentivos, respetivamente) e na logística dos insumos clínicos: criou as condições para um serviço regular e fiável;
- A oferta regular de CSP a custo subsidiado é importante num país em que 54% da população vive em pobreza (e 15% em “extrema pobreza”, i.e. menos de 1,25 USD por dia, de acordo com o FMI, 2014), e aonde também os gastos privados com saúde são 50% mais elevados do que os restantes países de renda média-baixa da África subsaariana (48 USD e 33USD, por ano, respetivamente)
- A participação da Saúde (e da Educação) no acesso a um nível de “desenvolvimento humano” pouco provável nas condições de pobreza de STP é sugerida pelo IFAD.

- A relevância da 2.ª fase do Programa, i.e. as Missões de Especialidades, pode também considerar-se elevada, na perspetiva da continuidade e referência de cuidados num sistema integrado. Em particular, a relevância da 2.ª fase do Programa é positivamente avaliada face aos seguintes critérios:
- Apoio à solução dos problemas de saúde tecnicamente mais exigentes, rastreados e conhecidos na rede de Cuidados Primários, e para os quais se foi conhecendo a limitação da capacidade do Hospital Central (o exemplo da Urologia e dos doentes com hiperplasia da próstata esperando algaliados há mais de 10 anos, é demasiado óbvio);
- A maturidade da rede de CSP (reforçada na 1.ª fase) capaz de rastrear regularmente os problemas mais exigentes, entre as pessoas que procuravam diariamente os serviços de CSP;
- O pequeno território facilita referência dos doentes rastreados dos CSP para o Hospital Central;
- A indicação das especialidades médicas prioritárias (e preparação das respetivas missões) é realizada por mecanismo simples de identificação - contagem (dos doentes elegíveis) pelos Delegados de Saúde;
- A possibilidade de melhorar a eficiência e a efetividade das evacuações médicas para Portugal, a alto custo, e de que STP tem sido um dos principais beneficiários, apesar da reduzida população;
- É evidente que nem todos os motivos de evacuação poderão ser resolvidos em STP por equipas visitantes, mas a sua seleção pode ser melhorada: a intervenção incluiu a capacidade da telemedicina para esse efeito.

O Programa fez ainda a tentativa de incluir as doenças crónicas não-transmissíveis entre os seus alvos. Infelizmente apenas conseguiu financiamento para o levantamento da situação epidemiológica e para a sensibilização dos profissionais de saúde. Esta seria uma componente também de elevada relevância:

- Já se referiu a prevalência dos fatores de risco, na população adulta urbana em crescimento;
- A probabilidade destas doenças estarem já a causar problemas de saúde é comprovada pelas estimativas do estudo de “Carga de Doença” do IHME, já mencionadas;

- Os custos para o utente com doença crónica são elevados (acrescendo aos do sistema de saúde): esse é um cenário preocupante, dada a elevada frequência de pobreza e os gastos privados com saúde serem já muito elevados em STP;
- A estabilidade da rede de CSP anteriormente apoiada tem potencial para fornecer cuidados continuados a estes doentes, e de reduzir os custos para o utente, se o mecanismo de “recuperação de custos” voltasse a ser ativado;
- Corre-se o risco de a redução da mortalidade do adulto evidenciada nas últimas 4 décadas começar a inverter-se.

Infelizmente, a total ausência de registos estatísticos da atividade do Hospital Central de STP impediu que se comprovasse este crescimento da presença das doenças crónicas não-transmissíveis, como causa de internamento e óbito.

Por outro lado, a inexistência de documentos formais como o Plano Estratégico do Sector Saúde, ou um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, tornam impossível verificar se as componentes de atividades do Programa se inseriam formalmente nas prioridades de tais documentos.

Estes aspetos da relevância foram confirmados por vários entrevistados no terreno que colocaram a tónica na mudança de paradigma da saúde, principalmente com a interrupção da transmissão da malária e o cronicidade dos doentes VIH/SIDA. Neste sentido, STP atingiu os ODM, com exceção das doenças relacionadas com a higiene e o meio ambiente (as diarreias e as infeções respiratórias nas crianças são agora preponderantes). As consultas dos Centros de Saúde são atualmente em maior número do que à 15 anos nas doenças crónico-degenerativas (hipertensão, diabetes, obesidade, alcoolismo...). Isto mesmo foi confirmado por todos os delegados de saúde em todos os distritos, pelos representantes da OMS e ex-ministros da Saúde. Também a gestão da saúde reprodutiva e infantil se tornou mais sistemática.

Podemos confirmar que houve algum esforço nos distritos para melhorar a competência técnica e motivação dos profissionais de saúde, assim como, na logística dos consumíveis clínicos, tornando os serviços regulares e fiáveis.

Paralelamente, como referido por múltiplas pessoas entrevistadas, sem as missões de especialidade “teria sido impossível tratar e operar a população mais pobre e carente. Passamos a ter o que só era possível em Portugal” (citação de entrevista).

Em resumo:

As atividades (propostas e realizadas) do projecto PSPT foram de grande relevância: i) para o padrão de saúde-doença da maioria da população de STP; ii) para o potencial de funcionalização de rede periférica de cuidados de saúde e sua utilização regular pela população; iii) para rentabilizar possibilidades de tratamento de especializado de doenças exigindo recursos inexistentes em STP.

IV. EFICÁCIA (RESULTADOS EM TERMOS DE PRODUÇÃO)

A eficácia mede a relação entre o efeito da ação e os objetivos pretendidos. No caso das intervenções do Programa Saúde para Todos mede-se pela capacidade de concretização, comparando o realizado com as metas previstas nas diferentes etapa do Programa. Neste contexto, consideramos as seguintes fases do Programa Saúde para Todos (Relatório dos 25 anos do Programa Saúde para Todos, 2015):

- 1ª fase (2005 a 2007): Cuidados de saúde preventivos, primários e assistenciais em 5 distritos (antecedido por um distrito entre 1998-1994 e dois distritos entre 1995-2004)
- 2ª fase (2008 a 2011): alargamento dos CSP a todo o território nacional com apoio de transporte, introduzindo cuidados de saúde especializados (secundários e terciários) em todo o território nacional por especialistas nacionais (cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia, medicina interna, pediatria e estomatologia), em 2008 – 2009 - 2010;
- 3ª fase (2010 - 2015): alargamento das valências de saúde das especialidades externas, integração na avaliação nacional das doenças não transmissíveis e introdução da telemedicina. As especialidades externas foram introduzidas progressivamente em 2009 (cirurgia geral, dermatologia, ginecologia, ortopedia, pediatria), 2010 (cardiologia, imagiologia, oftalmologia, psiquiatria, urologia), 2011 (anestesia, anatomia patológica, cirurgia pediátrica, medicina tropical, otorrinolaringologia, pneumologia,) e 2013 (língua gestual).

Com início em 2005, há uma forte beneficiação das condições de trabalho, higiene e segurança nos CSP, intensifica-se o apoio em análises clínicas e outros meios complementares de diagnóstico, assim como se instalam autoclaves, geradores, ar condicionado, frigoríficos, equipamento informático e mobiliário. Desde então e até 2015 os materiais perecíveis, os consumíveis, a renovação, a atualização dos equipamentos e a

sua manutenção foram sempre assegurados, com o apoio dos delegados de saúde dos distritos.

É de salientar a expansão territorial progressiva e o aumento do volume de trabalho produzido ao longo do tempo, refletido na evolução da vacinação infantil completa, da desparasitação, dos atos de enfermagem, do número de análises realizadas e do número de consultas pré-natais, de planeamento familiar, médicas e de especialidade, nos Cuidados Primários de Saúde (Figuras 2 e 3). Também evidencia neste sentido o Quadro 5 sobre as consultas de especialidade internas nos distritos, de 2008 a 2010 (exceto a ginecologia-obstetrícia):

Figura 2. Evolução (2005 – 2010 – 2015) da vacinação infantil completa, desparasitação e consultas pré-natais e de planeamento familiar nos Cuidados Primários de Saúde

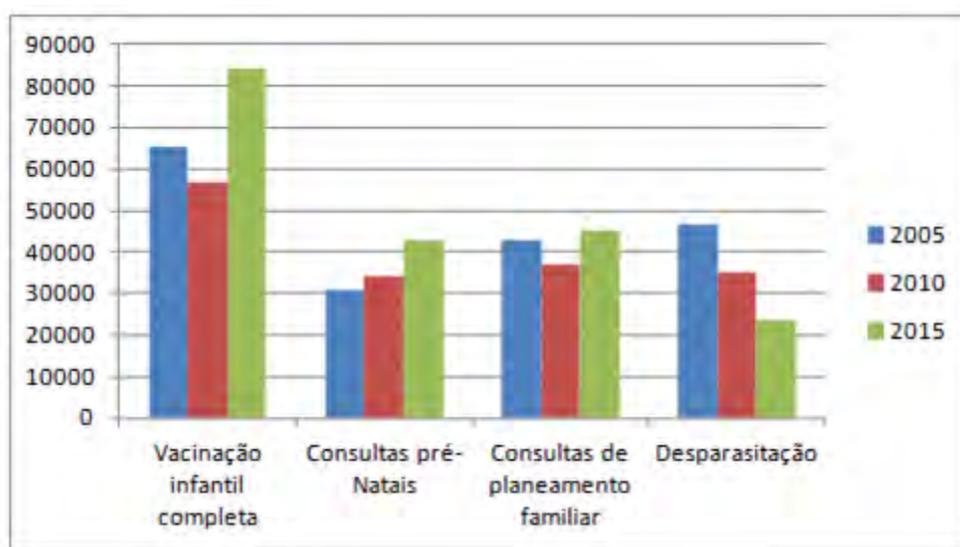
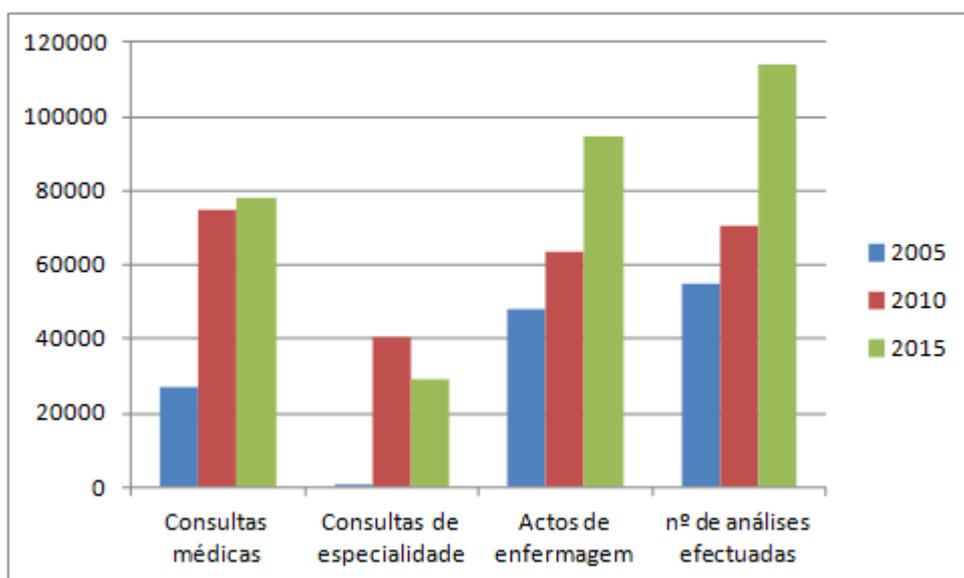


Figura 3. Evolução (2005 – 2010 – 2015) das consultas médicas e de especialidade, dos atos de enfermagem e do número de análises efetuadas nos Cuidados Primários de Saúde



Quadro 5. Consultas de especialidade interna nos distritos (2008-2010)

Ano	Cirurgia geral (atos cirúrgicos)	Ginecologia-Obstetrícia	Medicina Interna	Estomatologia	Pediatria
2008	1654 (426)	14438	2535	1670	5711
2009	3752	15167	2237	1485	6924
2010	6128	11304	5792	7796	8016

Quanto aos exames analíticos, em número crescente (Figura 3), podemos verificar (em múltiplas deslocações a STP, anteriores a esta avaliação, no âmbito de outras atividades), em todos os centros de saúde de todos os distritos, o equipamento previsto, e confirmar a chegada de reagentes e consumíveis, assim como, a manutenção dos equipamentos. Nesta área, evidenciam-se os testemunhos de alguns entrevistados em STP que referiram não ser raro o Hospital Central enviar doentes para realizarem os exames analíticos nos CSP.

Paralelamente o PSPT implementou o rastreio das Doenças Não Transmissíveis, através de um Programa financiado por fundos europeus, seguindo as normas dos organismos internacionais e na sequência das orientações sobre a transição epidemiológica em STP, que foi concluído com sucesso. O mesmo foi confirmado pelo Programa de Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde. Segundo o mesmo, uma vez terminado o rastreio e também o

financiamento europeu, por não atribuição nem de recursos humanos, nem meios, nem fundos, o Programa de Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde tem estado sem atividade.

Os cuidados preventivos para Crianças e de Saúde Reprodutiva aumentaram em volume e em todo o país, refletindo uma maior taxa de utilização para pelas Crianças e Grávidas (utilização frequente), sendo a exceção a desparasitação das crianças (Figura 2).

A taxa de utilização global de Planeamento Familiar (PF) está de acordo com a cobertura de 34% no IDS de 2009, o que sugere um consumo de cerca de \pm 2,5-3 consultas / utente de PF / ano.

A utilização global, todos os serviços ambulatoriais, quer de promoção e prevenção da saúde quer atos curativos, *per capita*, também aumentou. O crescimento da produção de serviços é particularmente notório entre 2005-2010: a população pouco aumentou mas as consultas externas passaram de 27.087 para 74.882. São números de contactos / *per capita* suficientes para tratar doenças, aplicar medidas preventivas e passar informação de saúde à população (Quadro 7).

Quadro 7. Rácios de utilização / *per capita* de vários indicadores

Taxas de Utilização / Capita / Ano

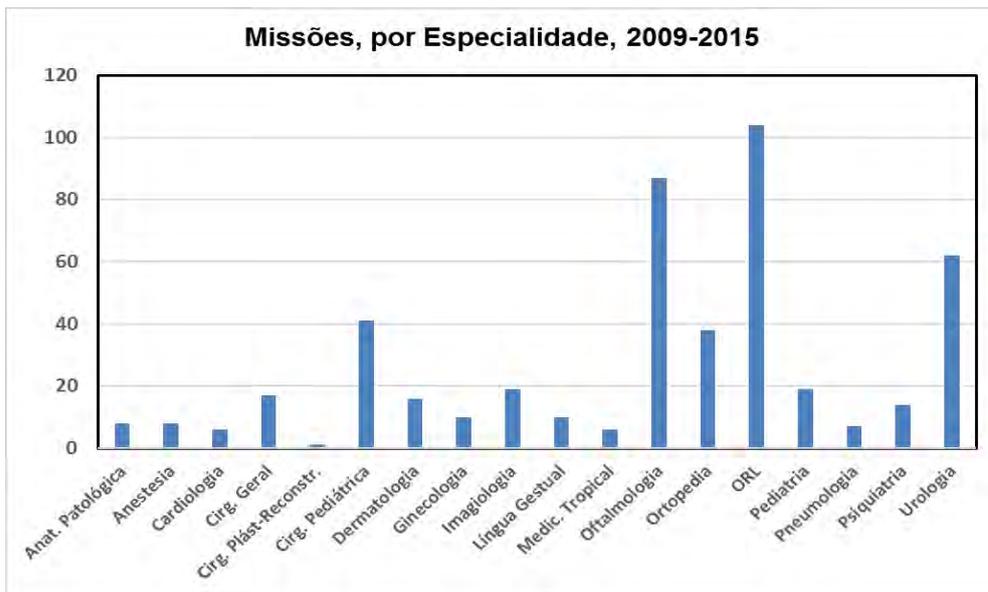
	2005	2010	2015
Contactos / Criança 0-4 Anos	4,15	4,02	4,04
Cons. Pré-Natal / Grávida Esperada	5,81	5,18	5,73
Cons. PF / Muher 15-49 Anos	1,34	0,94	1,00
Consultas Externas / Habitante	0,20	0,46	0,42
Contactos Curativos (Méd/Enf) / Capita	0,57	0,85	0,92
Taxa de Utilização Global / Capita	1,79	1,92	2,07

Taxa de Utilização : N.º Médio de serviços por cada membro do grupo-alvo, em um ano

Em relação à área de reabilitação física de edifícios, foi possível ainda confirmar as Obras de beneficiação / construção / início da construção de Centros de Saúde e Postos de Saúde: 11 em 2005, 19 em 2006, 12 em 2007, 8 em 2008, 5 em 2009 e 11 em 2010. Em 2005 é ainda referida a construção da maternidade de Lobata.

Quanto ao número de missões por especialidade, este está representado na figura 4.

Figura 4. Missões por especialidade



Nas missões de especialidades vindas de Portugal, em 2015, há um aumento da atividade, de algumas especialidades, em relação à média anual de 2010-2014 (Figuras 5 e 6). Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, ORL e Urologia aumentam tanto nas consultas como na atividade cirúrgica, ou seja, a procura destas especialidades esteve em crescimento durante os 5 anos do Programa.

Figura 5. Número de Consultas de Especialidade em 2010, 2015 e a média anual de 2010-2014

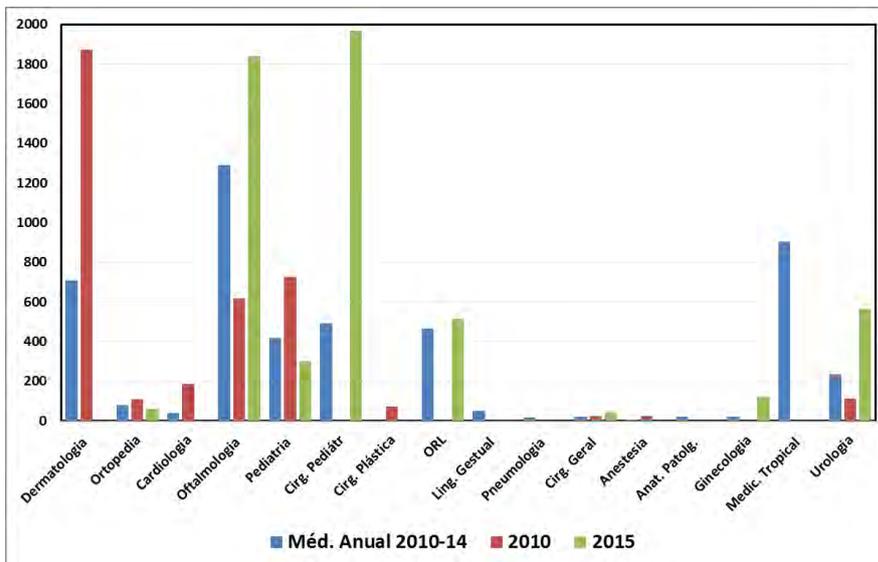
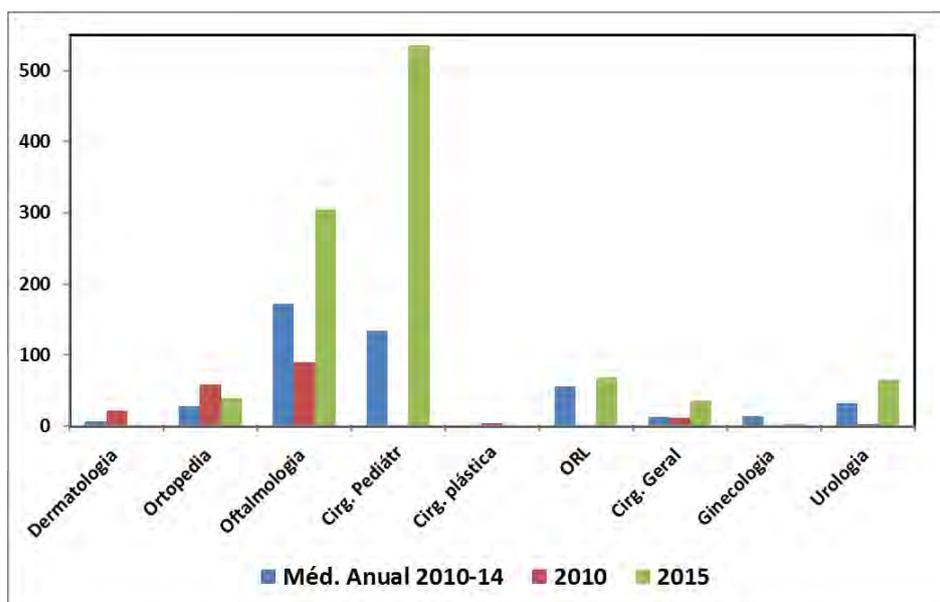


Figura 6. Número de Cirurgias de Especialidade em 2010, 2015 e a média anual de 2010-2014



A atividade de outras especialidades teve oscilações maiores (comparando de novo o ano de 2015 com a média anual de 2010-2014),: no caso da anatomia patológica houve uma “campanha” de rastreio do vírus do papiloma humano (HPV), enquanto que no caso da imagiologia o volume de actividades deveria manter-se relativamente regular – senão crescente – para apoio às restantes especialidades. Ainda em relação à produção das especialidades das missões, veja-se o Quadro 9 as Figuras 9 e 10 do capítulo seguinte sobre “Eficiência”.

A justificação para as missões de especialidade refere “o aumento e melhoria da prestação de cuidados de saúde especializados, nomeadamente de algumas valências médico-cirúrgicas” (Relatório de 2010). Pretendia-se assumir a melhoria da resolução de casos clínicos e não assumir a estrutura do Hospital Central. Para isso, seriam criadas missões de trabalho intensivo e de curta duração para STP e, simultaneamente, seriam recebidos estagiários são-tomenses em Portugal. Paralelamente, previa-se a aquisição de equipamento, respetiva montagem e formação no seu funcionamento). Com este objetivo foi criada uma rede de contacto de entidades e especialistas, em articulação com o Hospital Central.

Em 2010 foram realizadas 49 missões de especialidades médicas (anatomia patológica, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica reconstrutiva, dermatologia, enfermagem, imagiologia, oftalmologia, ortopedia, pediatria, psiquiatria e urologia). Paralelamente reestruturaram-se alguns serviços do Hospital Central (Imagiologia, Anatomia patológica, Urgências, Bloco operatório). Nos 5 anos seguintes (2010-2015) foram realizadas mais de 400 outras missões.

Quanto à telemedicina, inaugurada em março de 2011, os marcos principais são:

2011: 10436 exames inseridos;

2012: 11438 avaliações e diagnósticos clínicos realizados;

Integração na Rede de Informação da Saúde (RIS) Portuguesa

2013: Inauguração da plataforma Medigraf

9902 exames inseridos;

2014: Introdução da Teleye

9000 exames inseridos, para consulta e acompanhamento

Atualmente os médicos especialistas podem consultar e comentar os exames a partir de qualquer computador com ligação à internet, visualizar e manipular ficheiros clínicos de forma sincronizada, agendar consultas, realizar *back up* de todos os exames e trabalhar *off-line*. O sistema assegura a interação simultânea entre dois ou mais intervenientes (usando a Plataforma *Medigraf*).

No que diz respeito à evolução das evacuações para Portugal, as figuras 7 e 8 ilustram a evolução das evacuações (e pedidos de evacuação). O número de evacuações anuais voltou a crescer desde 2012 e em 2015 aproximava-se dos valores de 2004.

Esta evolução, aparentemente contraditória, reflecte a pequena percentagem de casos de maior complexidade que não podem ser resolvidos pelas missões de especialidade, logo um patamar de maior diferenciação nas causas de evacuação, assim como o conseqüente aproveitamento pelo Governo de STP do pacote de evacuações disponibilizado pelo Governo Português.

Figura 7. Número de doentes evacuados (Dados da Direção Geral de Saúde, Portugal)

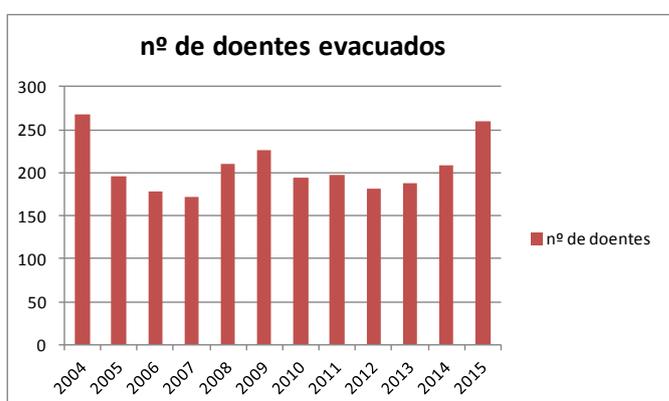
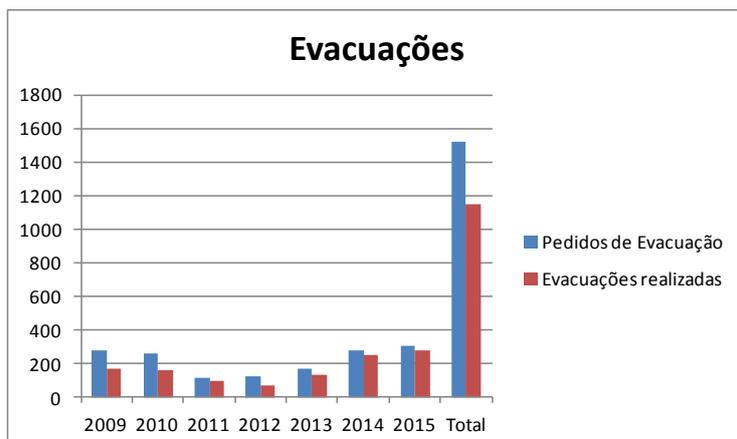


Figura 8. Número de doentes evacuados/pedidos de evacuação (Dados da Cooperação Portuguesa)



No capítulo formação foi impossível reunir dados substantivos, dada a inexistência de um Programa Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, no qual se deveriam integrar as ações de formação resultantes do Programa. Assim, este não definiu um plano prévio próprio e, conseqüentemente, as formações foram decorrendo ao sabor das necessidades sentidas como mais prementes, quer ao longo da instalação e desenvolvimento do Projecto, quer posteriormente quando da permanência das equipas médicas especializadas portuguesas e beneficiando da sua presença. No entanto, podemos anotar dos diferentes relatórios as seguintes ações de formação:

Agentes de Saúde Comunitária

- Introdução de novos medicamentos nos CSP (37 em 2005).

Enfermeiros e pessoal dos Centros de Saúde e Postos de Saúde

- Administração e planificação dos serviços hospitalares (2 em 2005) e Gestão e administração (1 em 2005)
- Formação de formadores para malária (2 em 2005)
- Vigilância integrada de doenças e respostas (2 em 2005)
- Teste rápido da malária (1 em 2005) e Teste rápido do VIH (5 em 2005)
- Gestão dos serviços de enfermagem e higiene (5 em 2010)
- Controlo da infeção hospitalar (5 em 2010)
- Atuação da enfermagem em pediatria + boas práticas no bloco operatório (corpo clínico do HAM em 2010)

- Baixa acuidade visual (avaliação, diagnóstico e terapêutica) + olho e doenças sistémicas + consulta pré-operatória de enfermagem (centenas de técnicos e enfermeiros em todos os distritos de 2010 e 2015)
- Deontologia profissional + reabilitação do doente pós AVC (50 em 2015)

Médicos

- Gestão e administração (1 em 2005)
- Vigilância epidemiológica sobre malária (1 em 2005)
- Tratamento com antirretrovirais (5 em 2005)
- Abordagem e tratamento da HTA e da IC (8 em 2010)
- Formação *on de job* em cirurgia (6 em 2010), em técnicas de anestesia e em anestesia loco regional (1 em 2010), rastreios auditivos (1 em 2015), imagiologia, (5 em 2015),
- Controlo da infeção hospitalar (1 em 2010)
- Apresentações clínicas para o HAM (dezenas em 2010 e dezenas em 2015)

Farmacêuticos e técnicos de farmácia

- Gestão e administração (1 em 2005)

Técnicos de administração e planificação dos serviços hospitalares, de estatística, de laboratório, sanitários...

- Gestão e administração (1 em 2005)
- Vigilância integrada de doenças e respostas (5 em 2005)
- Uso racional de medicamentos e gestão de stocks (2 em 2005)
- Vigilância epidemiológica sobre malária (1 em 2005)
- Funcionamento do circuito de anatomia patológica do HAM (2 em 2010)
- Interesse clínico da anatomia patológica (2 em 2010)
- Equipamentos digitais de radiologia + processamento da imagem digital (pessoal do serviço de imagiologia)

Estudantes de enfermagem:

- Patologia cutânea e treino observacional (24 estudantes em 2010)
- Deontologia profissional + reabilitação do doente pós AVC (60 em 2015)

A formação pelos pares das diferentes missões é evidente nos relatórios e nas entrevistas realizadas. Contudo, nunca houve uma programação a médio prazo das formações necessárias ao país e que poderiam, eventualmente, ser canalizadas via o Programa “Saúde para Todos”. Se o Programa se escusa dizendo que “fez a formação possível”, o Ministério da Saúde, sem um Programa de Recursos Humanos, nunca fez propostas de linhas políticas, nem estratégias, nem pedidos claros e explícitos sobre formação para os seus funcionários, quer centrais, quer distritais.

Desde 2010 realizaram-se formações de curta duração – nas áreas das missões de especialidade. Em 2015 realizaram-se estágios de duração intermédia - um estágio médico em Mamografia e Ecografia mamária de 5 meses, em ortopedia (4 meses), e de um técnico de saúde para manutenção de equipamentos de imagiologia e laboratório (2 meses). Além destes, realizaram-se diversos outros estágios de duração mais curta – e em diversos hospitais portugueses - nas áreas de Enfermagem, Ginecologia/Obstetrícia, Técnicas Cardio-Pneumológicas, Dermatologia, Pediatria, e Imagiologia. Veja-se o Anexo IV.

Como referido anteriormente, a disponibilidade formal de profissionais de saúde é bastante razoável para os padrões sugeridos pela OMS. Não são disponíveis evidencias objetivas sobre os seus conhecimentos e competências. Segundo o documento “2ª estratégia nacional de redução da pobreza de 2012-2016” a distribuição dos profissionais de saúde pelo país não é equitativa.

Na prática, a pequena dimensão de STP e a insularidade colocam problemas de difícil resolução ao compararmos os dados da região africana da OMS com STP (Quadro 8).

Quadro 8. Comparação dos indicadores médios da região Africana da OMS e São Tomé e Príncipe

Indicador	R. A. OMS	STP
Esperança de vida à nascença (2013)	58	67
Esperança de vida aos 60 anos (2013)	17	18
Esperança de vida saudável à nascença (anos) (2013)	50	58
Mortalidade materna (p/ 100.000 nascimentos)*	536	156
Redução da Mortalidade Materna de 1990 a 2015 (%)	41	53

Nascimentos com assistência por profissional (%) (2014)	51	81
Taxa de mortalidade infantil (nº mortes < 1 ano por 1000 NV)*	55	35
Taxa de mortalidade juvenil (nº mortes < 5 anos por 1000 NV)*	81	47
Redução da mortalidade juvenil de 1990 a 2015 (%)	54	58
Mortalidade neonatal (por 1000 nascimentos) (2015)	28	17
Prevalência de VIH (2014) (%)	2,7	0,8
Incidência de VIH em adultos 15-49 anos (por 1000 não infetados) (2014)	3,62	0,01
Redução da incidência de VIH de 2000 para 2014 (%)	57	95
Incidência tuberculose (por 100.000 habitantes) (2014)	281	97
Prevalência da tuberculose (por 100.000 habitantes) (2014)	330	111
Incidência de malária por 1000 pessoas em risco*	269	93
Crianças que recebem 3 doses da vacina da hepatite B (2014)	77	98
Crianças com vacina do sarampo com < 1 ano (%) (2014)	73	92
Aumento de cobertura da vacinação de 1990 a 2014 (%)	26	30
Crianças < 5 anos com peso abaixo do normal (%)*	21	14
Nados vivos com baixo peso ao nascer (%)*	13	10
Taxa de fertilidade por 1000 mulheres dos 15 aos 19 anos (2012)	116	110
<i>P. familiar: média de necessidades não satisfeitas (mulheres 15-19 anos)*</i>	27	48
Uso de contraceptivos em mulheres dos 15 aos 49 anos (%) (2013)	28	38
Mulheres idade fértil com contacto métodos de planeamento familiar (%)*	45,5	50,3
<i>Total de álcool per capita > 15 anos (consumo em litros)*</i>	6,3	6,8
<i>Mortalidade por acidentes de viação (por 100.000)*</i>	26,6	31,1
Prevalência da obesidade em crianças < 5 anos (média 2005 a 2015)	5,2	2,4

Prevalência da população que utiliza água melhorada (%)*	66	97
Redução número de pessoas sem acesso a água potável 1990-2015 (%)	35	51
Prevalência da população com saneamento melhorado (%)*	32	35
Redução número de pessoas sem acesso a saneamento (%) 1990-2015	11	17

* respeito a 2015

Nota: STP está com indicadores superiores à média da Região Africana da OMS com exceção dos indicadores a itálico.

Em resumo, o PSPT, sempre com o conhecimento e a colaboração do Ministério da Saúde e outras entidades internacionais, conseguiu uma expansão sólida nos Cuidados de Saúde Primários, ocupando atualmente todo o território nacional, e seguiu as orientações internacionais do período em avaliação (especificamente os Objetivos do Millennium, OMS), melhorando a acessibilidade aos cuidados de saúde no país. Progressivamente, expandiu o acesso a cuidados de saúde curativos em todo o território nacional e de especialidades até aí inacessíveis à população em geral, melhorando as condições reais de saúde e criando condições, em conjunto com os delegados de saúde distritais à seleção de patologias para a evacuação médica. Nos últimos 5 anos, com o alargamento das valências de saúde às especialidades asseguradas por equipas externas vindas de Portugal, com a introdução da capacidade analítica e de transporte nos distritos, e com a telemedicina, contribuiu de forma inequívoca, para os excelentes indicadores gerais de saúde que o país atualmente demonstra (em relação ao conjunto dos países africanos).

Assim, a eficácia do Programa “Saúde para Todos” foi excelente, uma vez que regista, em geral e ao longo do tempo, um aumento do volume dos Cuidados Primários de Saúde com que se tinha comprometido inicialmente, e do volume dos serviços produzidos. O mesmo foi confirmado nas entrevistas de terreno, nomeadamente nas mensagens de louvor ouvidas pela generalidade das 39 personalidades entrevistadas (Anexo II).

V. EFICIÊNCIA

Foram avaliadas duas componentes:

i. A rentabilidade dos recursos (humanos e financeiros) investidos pelo Programa, face aos resultados (produção de serviços) obtidos;

ii. A fluidez / complexidade administrativa da gestão dos recursos (para sua aplicação na produção de resultados)

Os indicadores medidos para a primeira componente referem-se a:

- Missões de especialistas: evolução do N.º de serviços por missão
- Gasto por unidade de atendimento
- Evolução do Gasto Total (do Programa) ao longo dos anos 2005-2010-2015
- Evolução dos Gastos de suporte administrativo nos mesmos anos

O Anexo III demonstra a metodologia usada para estimar números de “unidades de atendimento” para uso no cálculo do custo médio por serviço prestado. A utilização de “unidades de atendimento” (UA’s) é um método usado na monitorização de rotina da produtividade global de sistemas de saúde integrados em países com sistemas de informação de saúde pouco precisos mas estáveis (por exemplo, usados há mais de 20 anos no planeamento e avaliação anual em Moçambique). A sua utilidade (apesar da pouca precisão) é que permite integrar no “denominador: N.º de serviços produzidos” produtos tão díspares como cirurgias e consultas externas. Esse é um passo indispensável na estimação de custos unitários quando a informação sobre gastos está organizada por linhas de insumos e não por linhas de produção.

Assim os valores indicativos de “gasto por unidade de atendimento” representam um rácio entre os gastos totais do Programa, nos quatro anos estudados, e os números de UAs nos mesmos quatro anos, i.e., 2005, 2007, 2010 e 2015.

Produtividade das Missões de Especialidade

Foi avaliada através do “N.º de Atividades / Missão”, e comparando a “produção por missão” na média dos anos 2010-2014 com a produção / missão em 2010 e 2015. Os resultados são apresentados nos Gráficos e tabela seguintes.

Quanto às Consultas e Cirurgias, parece notar-se um aumento do “N.º de Atividades / Missão” em 2010 e 2015, em comparação com a média dos anos 2010-2014, segundo as tabelas e gráficos abaixo.

Além disso, em 2015, o N.º de consultas por missão é particularmente elevado em Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Oftalmologia. O N.º de cirurgias por missão é particularmente elevado em Cirurgia Pediátrica.

Já quanto aos “exames”, a situação é inversa: há redução em 2015, comparada com a média dos anos 2010-2014, nas diversas especialidades.

Ainda em relação aos “exames”, deve ainda salientar-se a elevada produtividade das missões mais relacionadas com a plataforma de telemedicina, i.e., a Imagiologia e a Cardiologia, como se pode ver na Tabela abaixo. Igualmente notável a produtividade das missões de anatomopatologia e medicina tropical (a duração média das missões foi de 1 semana)

Figura 9. Numero de consultas por missão nos anos 2010, 2015 versus a média dos anos 2010-14

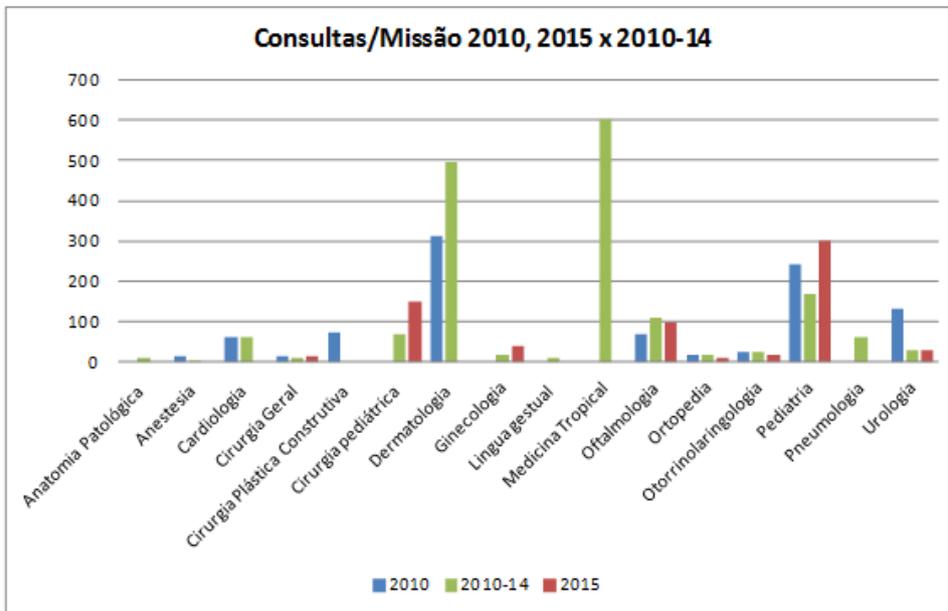
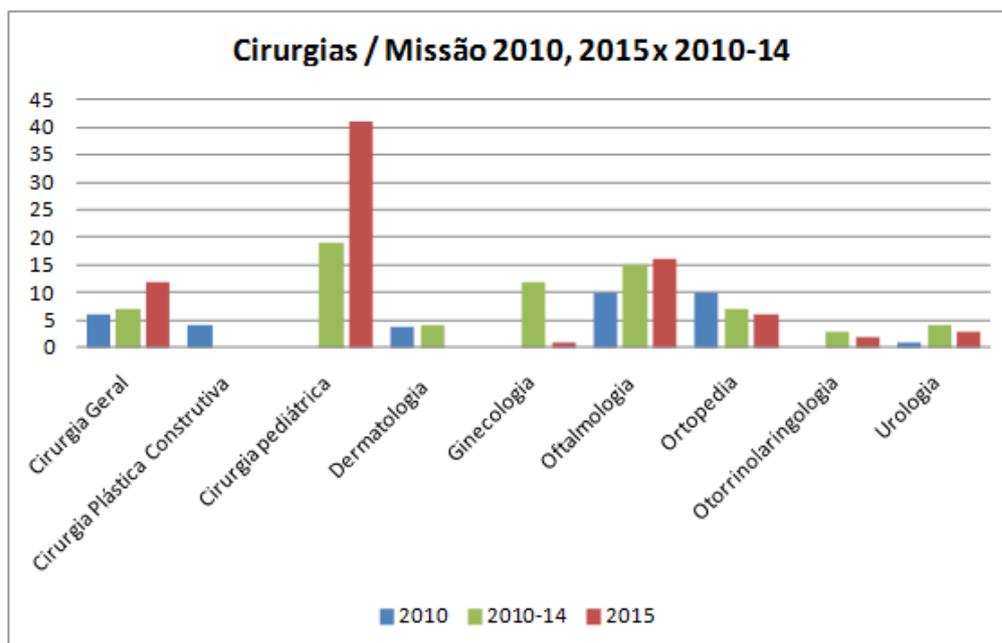


Figura 10. Numero de cirurgias por missão nos anos 2010, 2015 versus a média dos anos 2010-14



Quadro 9. Número de exames por missão nos anos 2010, 2015 versus a média dos anos 2010-14

Exames/Missão 2010, 2015 x2010-14

Especialidade	2010	2010-14	2015
Anatomia Patológica (2010)	0	1571	
Cardiologia (2010)	123	123	
Imagiologia (2010)	0	1667	202
Medicina Tropical (2011-2014)		516	
Oftalmologia (2010)	6	12	
Otorrinolaringologia (2011-2014)		28	17
Pneumologia (2011-2014)	123	123	
Urologia (2010)	0	2	

Gasto / Unidade de Atendimento:

O quadro 10 mostra o custo estimado por unidade de atendimento, em anos escolhidos: em 2005 e 2010 o Programa teve gastos totais acima das médias dos outros anos, dado que se instalavam a 1.ª e 3.ª fases, com despesas elevadas em equipamentos e consumíveis clínicos.

Note-se que o custo unitário se reduz em 2007, ano em que a 1.ª fase do Programa (CSP em 5 Distritos) não tinha custos de investimento. O custo unitário aumenta a partir de 2010, com a realização das missões de especialidade e o aumento dos custos com pessoal local (ver tabela e gráfico na página seguinte).

Em suma, pode dizer-se que as prestações de serviços pelo Programa tiveram custos bem modestos, aproximadamente equivalente a 1 Consulta Externa por 3,5 – 4 Euros.

Quadro 10. Custo estimado por unidade de atendimento

	2005	2007	2010	2015
N.º Unidades Atendimento	213 528	239 801	292 619	375 994
Gastos	860 584,56 €	647 651,24 €	1 121 626,48 €	1 361 003,07 €
Custos / UA	4,03 €	2,70 €	3,83 €	3,62 €

Não pode esquecer-se, no entanto, que uma parte da modéstia dos custos entre 2010 e 2015 resulta do “custo zero” – para o Programa - dos recursos humanos das missões de especialidades.

Custo de Consumíveis clínicos:

Foi também estimado o custo de consumíveis clínicos por UA, em 2015, como se apresenta no Quadro 11. seguinte: também é um custo bastante modesto, a cerca 0,5 Euros / UA. Se tivermos em conta que em 2015 se realizaram muitas atividades pelas missões de especialidade, pode reforçar-se essa mensagem de cuidadosa aquisição e gestão de consumíveis clínicos pela administração do Programa.

Quadro 11. Custo estimado de consumíveis clínicos por UA em 2015

	2015
N.º Unidades Atendimento	375 994
Gastos Consumv. Clínicos	190 812,26 €
Custos Cons. Clin. / UA	0,51 €

Gastos Totais:

Os gastos totais do Programa tiveram a evolução apresentada no quadro 12 e Figura 11, entre os anos 2005, 2010 e 2015.

Quadro 12. Evolução dos gastos totais do Programa

LINHAS ORÇAMENTAIS	2005	2010	2015
Rec. Humanos	149 490,80 €	475 734,21 €	476 963,92 €
Out. custos e serv.	14 005,68 €	18 034,45 €	22 319,51 €
Equipam. e Fornecim.	568 240,24 €	383 888,21 €	318 722,84 €
Viagens	7 537,20 €	14 839,62 €	166 404,03 €
Gastos admin.	78 170,32 €	101 965,73 €	110 725,30 €
Funcionamento	43 140,32 €	127 164,26 €	265 867,47 €
TOTAL	860 584,56 €	1 121 626,48 €	1 361 003,07 €
"Admin. + Func." % \$ TOTAL	14%	20%	28%

Figura 11. Evolução das linhas de gastos de 2005 a 2015



O primeiro dado digno de nota é que se tenha gasto mais em 2015, ano em que o Programa acabava, do que a média dos anos da 3.ª fase do Programa (2010-2015). É uma boa norma em Programas de cooperação com elevado investimento financeiro exterior e continuidade não-garantida que os gastos vão decrescendo nos últimos 2 anos de execução.

Os gastos com recursos humanos têm um aumento considerável entre 2005 e 2010, refletindo o crescimento substancial do número de profissionais e trabalhadores de saúde São-tomenses beneficiando de incentivos, ao mesmo tempo que o número de Distritos cobertos pelo Programa aumentava de 5 para 7, em 2008.

Há um gasto substancial com “Equipamentos e Fornecimentos”, em 2005 e 2010, o que se compreende por se estarem a iniciar fases específicas do Programa, com necessidades de

aquisição de equipamentos, reabilitação de infraestruturas, além da aquisição de consumíveis clínicos. É difícil de oferecer a mesma explicação para o gasto igualmente significativo nessa linha orçamental em 2015, ano em que o Programa deveria terminar, e quando não estavam garantidas condições de continuidade, criando riscos de “desmame súbito” e descrédito.

Há um aumento substancial de gastos com “viagens” em 2015, refletindo um aumento do número de missões. Pode oferecer-se o mesmo comentário anterior sobre risco de descontinuidade e “desmame súbito” e descrédito.

Note-se, também, o crescimento substancial dos custos com “Funcionamento” (escritório local do Programa) entre 2010 e 2015: o aluguer das telecomunicações para a telemedicina teve um custo de mais de 90,000.00 Euros, em 2015, ano em que, como vimos, houve mais de 5000 utilizações.

A participação percentual do conjunto dos gastos “de suporte” do Programa (“administrativos” + “de funcionamento”) aumentou 100% entre 2005 e 2015, embora não tenha ultrapassado a barreira dos 30%.

Regularidade dos fluxos financeiros

As opiniões recolhidas dos entrevistados na cadeia de gestão do Programa (IMVF) são unânimes em considerar a regularidade dos desembolsos entre o IC e a sede do IMVF, bem como nas transferências para a unidade de gestão do Programa em STP.

Esta regularidade de fluxos permitiu as aquisições e contratações necessárias e coordenadas, para implementação no terreno e com tempo necessário para obter menores justos de aquisição. Todos os Distritos confirmaram a chegada atempada de meios de manutenção dos transportes, de equipamento (e respetiva manutenção), durante a vigência do Programa. A unidade de gestão do Programa em STP, pôde realizar em tempo adequado as aquisições e contratações locais.

Em resumo, o Programa PSPT realizou as suas atividades de modo eficiente: i) com baixo custo; ii) com produtividade das missões de especialidade; iii) com um fluxo financeiro entre Lisboa e São Tomé que permitiu realizar a tempo pagamentos, aquisições e contratações.

Quanto à eficiência das missões de especialidade, deve-se no entanto lembrar que uma parte da explicação para os baixos custos reside na boa vontade dos profissionais portugueses e das instituições aonde estes trabalham.

VI. IMPACTO

O impacto do PSPT (2005 a 2015) está inserido na conjuntura geral de STP, dado que o sector está intimamente relacionado com outras áreas como o nível de pobreza, e transversalmente com a educação, a habitação, o ambiente, as infraestruturas e a atividade económica, entre outras, fundamentais para a saúde individual e coletiva. A qualidade de vida é também um produto das condicionantes ambientais como a estabilidade do ecossistema, a qualidade da água e o saneamento básico. São inúmeras as doenças produzidas pelos desequilíbrios operados nos ecossistemas, nomeadamente as doenças de origem hídrica e originadas pelas más condições do saneamento básico. Têm origem no ambiente e na qualidade dos alimentos, entre outras, as parasitoses intestinais e as diarreias (virais, salmoneloses, disenteria bacilar...). A causa e os fatores de risco que condicionam este espectro epidemiológico têm um carácter multissectorial. Assim, o espectro epidemiológico está determinado também pelas diversas enfermidades relacionadas com a qualidade da água e a insalubridade. São exemplos concretos: malária, cólera, diarreias, disenterias, febre tifoide e parasitoses intestinais.

O Programa seguiu uma metodologia participativa com os interlocutores, nomeadamente o Ministério da Saúde, tendo possibilitado um processo continuado de análise e reflexão com os diferentes atores que contribuíram para o seu trajeto neste espaço de tempo (e em particular com os responsáveis distritais). Foi um exercício de multidisciplinaridade, que com raras exceções, foi evoluindo em consonância com as recomendações de relatórios e organismos internacionais, e com exceção dos últimos dois anos, sempre positivas e consensuais.

Este período foi dominado na área social e internacionalmente pelos Objetivos do Millennium (ODM), pela preservação da qualidade (e sustentabilidade) do ambiente e a melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde e aos sistemas de água e saneamento.

Qual a situação em STP, em 2005, quando o Programa se alarga a todo o país ?

Os anos de 2000 caracterizavam-se pela degradação dos cuidados de saúde prestados, tanto assistenciais como promocionais, tendo o governo fixado como objetivo fundamental da sua ação o acesso de toda a população são-tomense aos cuidados de saúde básicos e de boa qualidade. Para isso, criou alguns instrumentos que dessem continuidade ao processo de implementação da Política Nacional de Saúde, nomeadamente, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e a Carta Sanitária. É neste âmbito que, entre outros enunciados, elege o Distrito Sanitário como base do Serviço Nacional de Saúde, pressupondo um processo de descentralização progressiva (de acordo com os ODM). Paralelamente

pretendia criar um Centro de Diagnóstico (melhoria da capacidade de prevenção e vigilância sanitária), transformar o Centro Nacional de Endemias num instrumento de formulação de políticas de prevenção e controlo de doenças baseadas na evidência, e controlar as determinantes da saúde numa dinâmica plurissectorial e de parceria, particularmente no que concerne a água potável e o saneamento. Estas intenções são consequência do respeito pelos princípios da universalidade da cobertura, da equidade no acesso e na utilização dos cuidados de saúde, da integralidade da prestação, da otimização da utilização dos recursos, com vista a atingir os ODM e a redução da pobreza. Para a prossecução desses objetivos o Governo de STP tinha definido três grandes eixos prioritários:

1. Reforço institucional, organização e funcionamento do sector da saúde, desenvolvendo um sistema de cuidados de saúde integrados e operacionais, envolvendo parcerias. É neste contexto que surge o parceiro Programa “Saúde para Todos”.
2. Alargamento e melhoria da rede das infraestruturas da saúde com a Carta Sanitária, prevendo redinamizar a implementação da Iniciativa de Bamako em todas as comunidades (o que o PSPT executa até 2015).
3. Promoção, proteção da saúde e prestação dos cuidados de saúde e luta contra as doenças prioritárias. O Programa especialidades e telemedicina surgem deste contexto.

Por outro lado:

- O nível de fecundidade continuava elevado, apesar de estar em constante declínio.
- O nível dos indicadores da mortalidade continuava elevado, apesar de estável nos últimos anos.
- A mortalidade infantil era preocupante, não refletindo o que se desejava para o País.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) pretendia 1) promover uma maior equidade de oportunidades e de prestação de cuidados de saúde pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde, 2) garantir qualidade crescente dos cuidados e 3) melhorar o acesso aos serviços, a humanização no atendimento e a satisfação do utente. Paralelamente, pretendia desenvolver o sector dos recursos humanos, estabelecendo a inter-relação entre as necessidades, as intervenções e os recursos disponíveis ou mobilizáveis, multiplicando as oportunidades e racionalizando os recursos. O PNDS reconhece que não obstante o discurso de um sistema de saúde baseado nos cuidados primários de saúde e na prestação de cuidados promocionais preventivos e curativos, o modelo de prestação de cuidados em STP tem sido desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a

partir da procura dos serviços, com tendência a limitar o âmbito das ações dos cuidados primários de saúde às intervenções comunitárias, prestadas por estruturas elementares, não capacitadas para responder às necessidades básicas e essenciais das populações. O PSPT como parceiro do Ministério da Saúde incorpora esta estratégia para uma melhor oferta dos serviços de saúde assente no desenvolvimento paralelo de dois polos de intervenção: 1) na passagem progressiva dum modelo assistencial, centrado na doença e no atendimento à procura, para uma prática integrada de prestação de cuidados de saúde onde haja atividades promocionais, preventivas ao lado das propriamente ditas de recuperação. 2) no desenvolvimento e prática dos cuidados promocionais, preventivos e curativos, para aproximar os cuidados das populações e melhorar o acesso.

O PNDS aponta entre 2000 e 2005 como fragilidades no SNS: infra – estruturas degradadas ou mal dimensionadas em relação à dimensão da população utente; estruturas sanitárias com pessoal, organização e designação diferentes, sem conteúdo funcional preciso e com funções variáveis, com distribuição não equitativa de recursos; recursos humanos desmotivados; sistema de financiamento insuficiente; coordenação de parcerias não regulamentada; incoerente integração da saúde pública no quadro de desenvolvimento sanitário nacional que se pretende de desenvolvimento sustentável; orgânica institucional e funcional desatualizada e inadaptada; escassa articulação e integração do sector privado existente; perda gradual da operacionalidade, do serviço nacional de saúde.

Qual a situação em STP, em 2015, quando o Programa termina?

Em relação à acessibilidade aos cuidados de saúde primários, de 2005 a 2015, o **PSPT** expandiu essa mesma acessibilidade a todo o território nacional (abriu, equipou e fez a manutenção de equipamentos nas unidades de saúde periféricas, forneceu transportes e incentivou financeiramente os recursos humanos de todo o sistema de cuidados primários de saúde), criando as capacidades nacionais para a sua sustentabilidade. Neste contexto, o PSPT, por contingências políticas, foi muitas vezes o braço operacional do Ministério da Saúde, nomeadamente, nas necessidades sentidas e reconhecidas como incapacidades pelos diferentes (e numerosos) responsáveis do Ministério da Saúde por nós entrevistados, nomeadamente na capacidade técnica, apetrechamento e equipamento em material adequado e maiores recursos financeiros para implementação de políticas e programas.

Esta situação conduz à necessidade de maior interação entre os objetivos do Ministério da Saúde, que tem pouco ou nenhum diálogo com os parceiros considerados estratégicos. Os

parceiros deveriam ajustar-se às políticas e orientações do Ministério da Saúde, mas, infelizmente, por indefinição do próprio Ministério, e na vontade de resolver os problemas pertinentes da doença, os Programas tomam iniciativas válidas mas sendo percebidas como tendo vida própria. As entrevistas com os órgãos da Nações Unidas foram conclusivas quanto ao deficiente funcionamento das estruturas de coordenação do Ministério da Saúde tais como o Conselho de Direção do Ministério e o Conselho de Coordenação Multisectorial., O Conselho de Coordenação Interagências, fórum obrigatório para que sejam libertadas verbas para os diferentes programas pelo Fundo Global, também se encontra paralisado após uma abortada tentativa do Ministério da Saúde de alterar a sua composição, esperando-se a sua funcionalidade a breve prazo.

Uma das críticas ao PSPT é que não soube criar as condições para a sua sustentabilidade, nomeadamente nas áreas da formação de quadros e de sustentabilidade financeira. No entanto, quando se pergunta aos antigos membros do governo da área da saúde e aos atuais responsáveis pelo Ministério da Saúde as orientações são ambíguas e incoerentes, como por exemplo na formação, onde os pedidos são avulso sem orientação estratégica para o país (a imagiologia é disso exemplo), denotam algum desconhecimento do tipo de formações (as empresas fazem formações específicas sobre os seus equipamentos e são solicitadas a universidades essas mesmas formações).

A estrutura da pirâmide etária de base alargada denota ainda uma população muito nova e sempre em crescendo, mas que, com o controlo da malária, o tratamento regular dos doentes com VIH/SIDA, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, a excelente cobertura vacinal, entre outros fatores, nomeadamente um predomínio de população urbana (60%), faz antever que STP está em fase de transição epidemiológica. O inquérito sobre as doenças não transmissíveis que teve a colaboração do Programa Saúde para Todos, já tem indicadores que permitem antever essa evolução.

Neste contexto, as implicações/preocupações sociais desta conjuntura demográfica vão no sentido da ampliação de gastos com a Saúde e Educação no grupo até aos 15 anos (cerca de metade da população total) e com a Reforma, Saúde e Segurança Social, no grupo de idade igual ou superior a 65 anos de idade, e o conjunto Habitação/Emprego para a população ativa (grupo etário dos 15 aos 64 anos). Assim, com aproximadamente 1/3 da população em pobreza extrema (pelo menos na zona rural) a educação básica obrigatória é um sector a felicitar. Sendo um dos pilares do desenvolvimento de uma sociedade, a (quase) totalidade das crianças está escolarizada. O PSPT permitiu a desparasitação das crianças escolarizadas. Por sua vez, a taxa de alfabetização ronda os 70% e a população analfabeta os 15%.

Desde que o Programa “Saúde para Todos” assumiu o apoio aos cuidados de saúde nos distritos, a generalidade dos indicadores de saúde sofreram uma evolução positiva, refletindo um procedimento assertivo do Programa (Quadro 12), e sendo atualmente superiores à média da região africana da OMS, como vimos.

Quadro 12. Comparação de alguns indicadores de 2005 a 2015, durante a execução do Programa “Saúde para Todos”.

Indicador / Ano	2005	2010	2015
Esperança de vida ao nascer	64,6	65,9	66,3
Nº de consultas médicas	27.087	74.882	78.061
Nº de consultas de planeamento familiar	42.713	36.796	45.055
Nº de consultas pré-natais	30.844	33.964	42.964
Taxa bruta de mortalidade (mortes por 1000 habitantes)	8,2	7,4	6,8
Taxa de mortalidade infantil (71/1000 em 2000) (*)	43,1	54,6	49,2
Taxa de mortalidade infanto-juvenil (111/1000 em 2000) (*)	66		45
Malária (nº de casos confirmados)	22.370	3.346	1.754
Estado nutricional (MICS5, 2014)			
Crianças < 5 anos com insuficiência ponderal		9,2	1,8
Crianças < 5 anos com atraso no crescimento		10,1	4,5
Crianças < 5 anos com emagrecimento		1,4	0,8
Cobertura vacinal e utilização de sais de hidratação oral (++)			
DPT	82	91,4	93,0
Poliomielite	87	87,4	88,8
BCG	84	98,1	97,3
Sarampo	70	83,4	89,3

Utilização de SRO		47,1	61,7
Água e saneamento (% população)			
Acesso a água potável		86,2	93,9
Acesso a casa de banho		28,0	40,9
Saúde reprodutiva (***)			
Índice sintético de fecundidade		4,9	4,4
Taxa de natalidade dos adolescentes		93	92
Gravidez precoce		25	27,3
Taxa de prevalência contraceptiva		38,4	40,6
Necessidade não satisfeita		37,2	32,7
Local do parto em casa (%)		19	8
Local do parto em estrutura de saúde (%)		79	91
Taxa de mortalidade materna (óbitos maternos p/ 100.000 NV)		158	74

(+) **Taxa de mortalidade infantil.** Probabilidade de falecer entre o nascimento e o primeiro aniversário. **Taxa de mortalidade infanto-juvenil.** Probabilidade de falecer entre o nascimento e o quinto aniversário.

(**) **Cobertura vacinal da DTP.** Percentagem de crianças de 12-23 meses que tomaram a terceira dose de vacina Pentavalente (difteria, tosse convulsa e tétano (DPT), Hepatite B, etc.) antes do seu primeiro aniversário. **Cobertura vacinal da poliomielite.** Percentagem de crianças de 12-23 meses que tomaram a terceira dose de vacina OPV (OPV3) antes do seu primeiro aniversário. **Cobertura vacinal BCG.** Percentagem de crianças de 12-23 meses que tomaram a vacina BCG antes do seu primeiro aniversário. **Cobertura da vacinação contra o sarampo.** Percentagem de crianças de 12-23 meses que tomaram a vacina contra o sarampo antes do seu primeiro aniversário. **Utilização da SRO.** Proporção de crianças de menos de 5 anos que tiveram diarreia durante as 2 últimas semanas e que foram tratadas com o soro de reidratação oral ou com uma solução adequada feita em casa.

Em resumo, o PSPT teve impacto sobre: i) a disponibilidade e acessibilidade de cuidados de saúde, básicos e de especialidade; ii) tornou mais equitativa essa acessibilidade, ao capacitar as unidades sanitárias periféricas para atender às populações ruralizadas.

Embora seja difícil atribuir ao Programa as melhorias no estado de saúde da população de STP, é razoável deduzir que as atividades preventivas (eficazes e em elevada cobertura) sobre grupos de maior risco (crianças, mulheres em idade fértil) e a acessibilidade de cuidados curativos (reduzindo a frequência de complicações intratáveis) atuaram num contexto em que

os outros factores relevantes (condições de vida, alimentação e pobreza) não melhoraram: nenhuma outra explicação plausível existe para a posição privilegiada dos indicadores de saúde em STP em relação às médias de Região Africana da OMS e dos países vizinhos.

VII. SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade das atividades do Programa foi analisada segundo os seguintes critérios:

- A garantia de financiamento para a rede de CSP, incluindo, pelo menos, os medicamentos e consumíveis de laboratório essenciais, o pagamento regular dos incentivos aos profissionais de saúde, as despesas de logística essenciais para o funcionamento integrado das redes locais (equipes móveis, transporte de doentes, etc.);
- A recuperação e utilização local de receitas consignadas para o funcionamento regular e a motivação dos profissionais;
- A manutenção da organização e capacidade de gestão criadas e reforçadas pelo Programa (registo de informação, prestação de contas, transparência na utilização de financiamento);
- A coordenação entre os principais parceiros de cooperação, para obter sinergia e complementaridade;
- A existência e funcionamento de fóruns de coordenação com o Ministério da Saúde e o Hospital Central, para definir um plano de longo prazo que minimize a dependência de apoio especializado externo (impossível de ultrapassar completamente na reduzida escala de STP): formação e incentivos para retenção;
- A existência e funcionamento de fóruns de coordenação e prestação de contas entre os parceiros de cooperação e o Ministério da Saúde que permitam advocacia pelo aumento da despesa pública com Saúde no País.

A avaliação permitiu identificar sérias limitações à sustentabilidade das atividades do Programa:

- Não existe um Plano Estratégico do Sector Saúde (médio prazo, com prioridades), nem um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, nem um plano de desenvolvimento do Hospital Central;

- A inexistência desses documentos dificulta qualquer exercício para programar a redução da dependência de STP em relação a capacidades médicas especializadas, o que faz prever a continuação da necessidade de evacuações (e de apoio local de missões de especialidade);
- As limitações de financiamento governamental para a Saúde são manifestas: i) a despesa pública com Saúde tem vindo a diminuir desde 2012 (de 50 USD para 34 USD *per capita/ano*, WHO, 2012); ii) o Ministério da Saúde utilizou progressivamente as receitas da recuperação de custos dos medicamentos fornecidos pelo Programa para suprir outras linhas de despesa;
- O número de doentes evacuados para o exterior tem vindo a crescer desde 2012, apesar da vinda das missões de especialistas portugueses. A interrupção das atividades do Programa faz prever uma perda mesmo na eficácia da seleção dos doentes;
- Os fóruns de coordenação com os parceiros de cooperação têm estado inativos, desde a designação da atual equipe dirigente do Ministério da Saúde (MS). Presume-se que a prestação de contas esteja muito limitada, e que o grau de informação formal do MS sobre as atividades e recursos investidos pelos parceiros seja muito escasso: sem isso, não se realiza advocacia pelo aumento da despesa pública com saúde em STP.

Por último, pode comentar-se que o programa de vinda das missões de especialidades médicas portuguesas poderia ter complementado melhor a sua atividade assistencial com a de formação. Foram realizadas muitas ações de formação dirigidas a atos e instrumentações de cada especialidade, que, provavelmente, criam condições para maior rentabilidade de cada missão posterior. No entanto, identificam-se as seguintes limitações:

- Foram menos numerosas as formações em áreas de conhecimento “transversais”, úteis para sectores mais extensos do corpo clínico e de enfermagem do Hospital Central;
- O tempo de estadia das missões de especialistas portugueses foi frequentemente “à justa” para a realização das atividades assistências, com escasso tempo disponível para a formação. Provavelmente, teriam sido necessárias vindas de missões com agenda mais formativa do que assistencial.

Neste capítulo todos os delegados de saúde e administradores dos centros de saúde confirmaram os atrasos nos desembolsos do orçamento do MS para os Distritos, atrasos que

foram permanentes e muitas vezes nunca tendo chegado o orçamento que estava previsto no OGM. Muitos quadros de saúde nos distritos sobreviviam com o “subsídio” do PSPT, até à chegada (geralmente atrasada) do vencimento estatal. Adicionalmente, com a paragem do subsídio desde janeiro de 2016 do referido “subsídio” a situação desmotivou grandemente os trabalhadores da saúde (recorda-se que TODOS os trabalhadores da saúde nos distritos recebiam algum “subsídio”, proporcionalmente à sua diferenciação profissional).

Em resumo, apesar de o Programa ter agido de forma eficaz e eficiente, também actuou num contexto difícil que dificultou as condições para a sua sustentabilidade: i) a falta de documentos de políticas nacionais de saúde (e de recursos humanos para a saúde); ii) as limitações na participação financeira do Governo de STP para a implementação regular dos cuidados básicos de saúde; iii) a ausência de mecanismos de coordenação entre o Ministério da Saúde de STP e os parceiros de cooperação.

Por outro lado, as ações de capacitação e formação executadas pelo Projecto: i) limitaram-se a melhorias na capacidade de gestão nos Distritos de Saúde; ii) não conseguiram complementar as missões de especialidade com missões de formação formal e regular.

VIII. GOVERNAÇÃO

No que respeita à governação do Programa “Saúde para Todos”, existem claras deficiências, formais, leia-se institucionais, funcionais e de imagem.

Ao longo dos anos não existiu um acordo que definisse um acompanhamento político, permitindo que o Embaixador de Portugal e o Ministro da Saúde de STP, MS STP, acompanhassem, anualmente, o Programa.

Consequentemente, não foi definido nenhum grupo de trabalho para, uma vez definido o âmbito, os objetivos e o processo, monitorizar a intervalos regulares (bianualmente?) o cumprimento do acordado. Este grupo, deveria incluir representantes da Embaixada de Portugal, do Ministério da Saúde de STP e da entidade executora, a IMVF.

A não existência dos dois patamares atrás referidos, levou ao relacionamento direto da IMVF com o MS STP. Neste domínio, houve um esforço de articulação formal, com a integração de representantes da IMVF, os responsáveis pela execução do PSPT, no Conselho de Direção do MS STP. No entanto, deixaram de ser convocados para este órgão por razões não explicitadas pela Ministra da Saúde (alegou, em entrevista, desconhecimento de que a Direção do Programa o integrasse). De assinalar, que também os responsáveis da OMS afirmaram que tinham deixado de ser convocados para as reuniões do Conselho de Coordenação

Interagências e para o Conselho de Coordenação Multisectorial, entidades nas quais o Programa Saúde para Todos também tem assento, mas para as quais não foi convocado nos últimos dois anos.

A entrega em tempo, regularmente, dos relatórios de atividades pela IMVF ao MS de STP, à Embaixada de Portugal e à entidade responsável da cooperação portuguesa, agora Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, I.P., foi claramente insuficiente para um acompanhamento e uma articulação entre todos os envolvidos.

O nível do relacionamento das estruturas de direção intermédia e de direção descentralizada do MS de STP com o PSPT foi considerado de muito bom por todos os entrevistados; portanto, no plano de execução, funcional, não há quaisquer reservas ou falhas a apontar, o que se acorda com os bons resultados existentes, e com um elevado grau de apropriação e sustentabilidade ao nível básico.

No que respeita à imagem, o resultado é desastroso: nunca se ouviu uma referência ligando o PSPT à Cooperação Portuguesa, a Portugal: é um programa da IMVF. Quer nas conversas com a Ministra da Saúde, com o Presidente do Governo Regional do Príncipe, quer com o seu Secretário Regional, quer com os vários antigos Ministros da Saúde entrevistados, quer aos quadros dirigentes do MS de STP, nunca houve uma referência, uma alusão, ao facto de ser Portugal quem custeia o PSPT.

A governação do “Programa Saúde para Todos” pela IMVF foi, em nosso entender correta e adequada. Ao ter sempre na sua direção respeitadas figuras da Medicina de STP, cumpriu um passo fundamental para a sua apropriação por STP; ao não assumir responsabilidades funcionais (nem formais) nas direções do MS de STP e principalmente, ao respeitar as direções distritais de saúde e os diretores e delegados locais de saúde, veiculando por eles toda a sua ação ao longo dos anos, contribuiu decisivamente para a apropriação por STP do Programa, e fundamentou de forma consistente a sua sustentabilidade a nível dos serviços de saúde. Lamentavelmente, o MS de STP, em lugar de integrar o PSPT desligou-se progressivamente da co-responsabilidade do seu funcionamento, principalmente no que concerne à formação, aos consumíveis, aos equipamentos e às estruturas físicas, quase se limitando à nomeação dos delegados de saúde, seus representantes responsáveis locais.

A instrumentalização do PSPT pelo MS de STP, eximindo-se este das suas responsabilidades próprias, foi crescente e notória nos últimos anos. A título de exemplo, na impossibilidade de cumprir a parte de que era responsável no custeio de medicamentos para o tratamento dos doentes com VIH/SIDA, o MS informou o PNUD que seria o Programa PSPT a adquirir esses medicamentos e a tratar os doentes, o que aconteceu para 80 doentes (!!!), o que foi assumido pelo Programa face à urgência da situação e ao pedido do MS; a responsabilidade do

MS de STP e a do Fundo Global contra a SIDA, Tuberculose e Malária, do PNUD, foi assim assumida por verbas da cooperação portuguesa.

Resulta evidente face à atual situação de carência total de medicamentos e de reagentes laboratoriais, com a conseqüente incapacidade de efetuar as mais simples análises clínicas e de tratar os doentes sem meios, face à falta de combustível impedindo o acesso a populações e as atividades nas comunidades, que nem o MS de STP nem a IMVF acreditaram na interrupção de financiamento, decorrente do termo previsto do Programa. A difícil e muito preocupante situação observada em todas, verdadeiramente todas, as unidades de saúde visitadas nos distritos de STP, comprova que não houve um planeamento para um fim progressivo de transferência das responsabilidades assumidas pelo Programa PSPT para o MS de STP. Os profissionais de saúde no terreno não se queixaram de não receberem incentivos desde janeiro, mas afirmaram a sua inquietação e perplexidade face à ausência de perspectivas que possibilitem o normal funcionamento das unidades de saúde e o cumprimento das suas responsabilidades enquanto profissionais face a uma população desprovida de meios próprios e de alternativas.

Esta falha na governação, não acautelando o termo do Programa, tem, passados seis meses, como constatado quando da avaliação no terreno, conseqüências muito negativas e põe em causa os progressos conseguidos.

Desconhecemos quando se iniciaram conversações entre o Embaixador de Portugal e o Ministro da Saúde de STP para discutir o fim do Programa e o assegurar alguma forma de cooperação futura; no entanto, alertamos que o nome de Portugal, ausente nos meios de comunicação e no discurso dos responsáveis, quando houve progressos, estará segura e negativamente bem presente quando o atual não funcionamento catastrófico dos cuidados de saúde for politicamente discutido e publicamente contestado pelos cidadãos.

Em resumo, podemos concluir que a governação do Programa “Saúde para Todos” apresenta deficiências institucionais, funcionais e de imagem. A inexistência de instrumentos de acompanhamento político, regular, entre o Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal e o Governo de STP, assim como a ausência de monitorização do globalmente acordado, naturalmente que não foram supridas pela apresentação, regular e em tempo, dos relatórios de atividade, pela entidade executora. Se bem que governação do Programa pelo IMVF tenha sido correta e adequada, contribuindo decisivamente para a apropriação das atividades pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, este não cumpriu as suas responsabilidades institucionais nem funcionais. A não identificação, quer pela população, quer por responsáveis, do Programa à Cooperação Portuguesa, evidencia uma falha maior, colmatada pelo IMVF.

IX. ESTRATÉGIA DE SAÍDA

A proposta de estratégia de saída baseia-se nas anteriores secções sobre “relevância”, “eficácia” e “governança”.

As atividades do Programa, na área dos cuidados primários, têm contribuído para a melhoria dos indicadores de desenvolvimento humano em STP. Por outro lado, criaram hábitos de utilização regular de cuidados preventivos e curativos, através de um serviço público de confiança. Deve salientar-se, mais uma vez, que a rede de serviços fortalecida pelo Programa é a base indispensável para que o sistema de saúde de STP possa preparar-se para pôr em prática programas de controlo das doenças crónicas não-transmissíveis, cujo aumento é previsto pela transição demográfica e dos fatores de risco. A rede de cuidados primários é ainda a garantia de que os recursos de referência do Hospital Central não venham ser mal utilizados na ausência de uma rede de rastreio funcional.

Recomenda-se assim, que a rede funcional de CSP deve continuar a prestar serviços com a eficácia e eficiência com que demonstrou durante a vigência do Programa. O assumir da gestão e encargos dessa rede com um bom rácio de custo/efetividade deve transitar progressivamente para o Governo de STP. A transição, se o Governo Português considerar igualmente que o bom rácio de custo/efetividade obtido até agora justifica a continuação de financiamento para esta atividade, deve ser acautelada por diversos dispositivos indispensáveis:

- A gestão dos recursos e atividades deve ser garantida por uma instituição ou “unidade de implementação” com capacidade técnica reconhecida, com estatuto de autonomia funcional baseado em boas práticas de gestão legalmente estabelecido e independente de pressões políticas locais;
- O financiamento exterior deve ser escalonado de modo decrescente, se for aprovado para período plurianual;
- A potencial instituição ou “unidade de implementação” deve apresentar um programa para o 1.º ano de gestão, em que reponha em funcionamento os recursos e mecanismos de gestão parados desde o início de 2016;
- O desembolso de tranches regulares de financiamento (trimestral, semestral) deve ser feito contra a demonstração de serviços prestados, disponibilização regular dos recursos básicos para qualidade (em particular os consumíveis clínicos) e relatórios

financeiros em modelo acordado; essa disciplina absoluta na dependência das tranches seguintes à apresentação de dados sobre um conjunto acordado de indicadores, deve ficar consignada no acordo inicial de eventual continuação do financiamento português¹

- A instituição financiadora portuguesa deve acordar com o Governo de STP na necessidade de auditorias regulares à qualidade dos serviços prestados e à gestão das despesas;

Dada a dimensão de cobertura do anterior Programa em relação à rede de CSP em STP, um novo compromisso de financiamento do Governo Português tem de se basear também em mecanismos institucionais de coordenação específicos entre o financiador e o Ministério da Saúde de STP. Tais mecanismos específicos devem ser independentes das atuais “comissões de coordenação” entre o MS¹ e os parceiros de cooperação, reconhecidamente inoperantes.

Quanto às missões de especialidades e o reforço da capacidade médica especializada em STP, o atual modelo das missões de especialistas portugueses também deve ser revisto. Não está em causa a utilidade imediata das missões, dado o número de casos resolvidos localmente a baixo custo.

Já foi anteriormente referida a necessidade de maior coordenação de datas das missões, de modo a evitar as críticas sobre o quase “monopólio” de um dos dois blocos cirúrgicos funcionais do Hospital Central Dr. Ayres de Menezes.

O que importa alterar é o modo como a componente “formação” tem sido tratada. Uma eventual continuação do Programa, nos moldes úteis das missões de especialidade, não pode resolver a falta de médicos especialistas em STP. Mas, a formação deve ser considerada um objetivo específico e formal.

Há áreas de conhecimento e capacitação que responderão a necessidades transversais do Hospital Central: a anestesia, a instrumentação, as técnicas laboratoriais, a enfermagem de cuidados intensivos e de neonatologia, para citar apenas algumas, como exemplos.

Mas, as ações de formação devem ser formalizadas e constituírem passos de progressão de carreira para os profissionais locais. Devem ser objeto de programas de duração mínima para ensino teórico e prático (pelo menos 1 semana). Devem incluir avaliação de conhecimentos e

¹ Este é o mecanismo de autorização de desembolsos trimestrais nos Programas financiados pelo Fundo Global contra a Malária, TB e VIH/SIDA

atribuição de créditos e diplomas. Devem ser realizadas por técnicos especificamente enviados para a formação, e não como complementos rápidos das missões de prestação de cuidados médicos.

X. SÍNTESE, CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O PSPT realizou um conjunto abrangente de intervenções à escala nacional de STP, relevantes para os determinantes e necessidades de saúde, com eficácia de intervenção e potencial de atribuição dos bons indicadores de estado de saúde, que foram inesperados no contexto de pobreza de STP. Além disso, conseguiu realizar esses resultados com eficiência de uso de recursos e custo relativamente modesto.

Quanto às “Questões de Avaliação” colocadas nos Termos de Referência deste trabalho:

O Programa contribuiu para dar resposta aos principais problemas e prioridades identificados localmente na área da saúde?

- Ao apostar nos CSP, o Programa respondeu aos problemas de saúde prioritários da maioria da população de STP;
- Ao reforçar a capacidade e cobertura da rede de CSP o Programa tornou mais acessíveis esses CSP aos quintis mais pobres e pessoas a viver em áreas mais periféricas;
- Ao realizar as missões de especialidades médicas, com rastreio prévio na rede de CSP o Programa tornou acessível a qualquer cidadão de STP cuidados médicos que de outro modo só estariam disponíveis para pequenos números, por evacuação para o exterior.

O modelo de gestão potenciou a implementação e promoveu a apropriação, a responsabilização mútua e a complementaridade?

- O modelo de gestão potenciou a apropriação e responsabilização mútua a nível sub-nacional (Distritos) mas foi insuficiente para garantir os mesmos resultados a nível nacional;
- A complementaridade com outros parceiros de cooperação para o desenvolvimento no Sector Saúde foi dificultada pelo não funcionamento de mecanismos institucionais de coordenação formalmente existentes, mas desautorizados pela administração de saúde de STP.

O modelo de financiamento contribuiu para a melhoria da qualidade do acesso aos serviços básicos de saúde, nomeadamente pelos grupos mais desfavorecidos da população?

- O desembolso regular das tranches orçamentais entre os financiadores e executores do Programa, bem como a transferência regular de fundos para o escritório do Programa em STP permitiram aquisições e contratações nas melhores condições de preços para a administração do projecto;
- A criação de um fundo de gestão das receitas obtidas com a venda de medicamentos (a custo subsidiado) nas unidades de CSP permitiu cobrir despesas das administrações locais de saúde e das unidades sanitárias não satisfeitas pelo orçamento do Governo de STP (benefício que terminou quando o Governo de STP decidiu recolher centralmente essas receitas e utilizá-las em linhas orçamentais sem cabimento);
- A boa relação entre custos e produção obtida pelo projecto, quanto às missões de especialidades foi conseguida com os apoios dos hospitais portugueses que dispensaram o tempo dos seus profissionais.

Que mecanismos existiram para assegurar a boa gestão dos recursos assegurando a prestação de contas?

- Relatórios de atividades e financeiros foram produzidos pela administração do Programa e partilhados com os cofinanciadores com toda a regularidade prevista;
- Foram realizadas regularmente auditorias internas à gestão de contratações e autorizações de despesa;
- As administrações locais de saúde em STP foram regularmente informadas sobre os relatórios de atividades e da gestão das receitas obtidas com a venda dos medicamentos e sua utilização;
- Os relatórios de atividades e financeiros produzidos pela administração do projecto foram partilhados com o Ministério da Saúde de STP.

Que resultados/efeitos foram alcançados pelo Programa, nomeadamente:

i. Qual o grau de cumprimento dos objetivos específicos do Programa?

- O programa foi definindo objetivos e metas em 3 fases de expansão geográfica (5 Distritos – Nacional) e de âmbito (dos CSP para a adição das missões especialidade), e foi definindo objetivos e metas anuais de prestação de serviços;
- Esses objectivos e metas anuais de prestação de serviços foram sendo regularmente cumpridos e serviram para justificar as metas dos anos subsequentes.

ii. Que resultados e efeitos ocorridos nas áreas transversais (ambiente, género, direitos humanos, boa governação)?

- Pelas características de um programa de CSP, as mulheres e crianças são os grupos-alvo prioritários;
- Pela expansão da acessibilidade a cuidados básicos e de especialidades médicas a toda a população, o Programa aumentou o potencial de resposta ao direito básico dos cidadãos de STP a cuidados de saúde;
- O modelo de gestão do programa tornou-se numa experiência real de prestação de contas com as administrações locais de saúde e governos distritais.

iii. Qual o contributo do Programa para a melhoria dos cuidados de saúde básicos?

O programa tomou a seu cargo a totalidade da gestão da prestação de CSP em STP: a) expandindo a cobertura populacional e o leque de serviços (promoção de saúde, medicina preventiva e curativa) a nível das unidades periféricas; b) fornecendo os meios materiais para acessibilidade às populações mais periféricas; c) garantindo o acesso a serviços de especialidade quando necessário.

iv. Em que medida, o Programa, incluindo a Ilha do Príncipe, contribuiu para reduzir a afluência ao Hospital Central?

- Impossível de responder dada a total inexistência de dados estatísticos do Hospital Central;
- É plausível uma resposta positiva, dado que o programa foi alargando o pacote de serviços nas unidades periféricas, com consultas de diversas especialidades médicas básicas.

v. Em que medida a introdução da Telemedicina contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e para a diminuição do número de evacuações médicas com destino a Portugal?

- A Telemedicina contribuiu para a melhor selecção dos casos que podiam ser tratados em STP ou em Portugal e, nos primeiros, clarificação aos clínicos locais sobre as condutas terapêuticas a seguir. Assim, a Telemedicina contribuiu para uma melhor prática médica em STP e para maior eficiência das evacuações para Portugal;
- No entanto, a Telemedicina não contribuiu para a redução do número de evacuações médicas para Portugal: um número residual de casos não pode ser tratado pelas missões de especialidade em STP.

- vi. *Em que medida o Programa contribuiu para a mobilização, sensibilização e envolvimento das comunidades nos problemas da saúde?*
- O programa realizou numerosas atividades de educação para a saúde e promoção de saúde. No entanto, não são disponíveis dados de inquéritos que mostrem se houve alguma alteração nos conhecimentos, atitudes e práticas em relação à saúde, na população.
- vii. *Qual o grau de cumprimento e de qualidade dos resultados alcançados em função das metas definidas?*
- Em termos quantitativos, e com base nos relatórios anuais, as metas foram regularmente cumpridas;
 - A qualidade dos cuidados curativos deve ter melhorado com a expansão de rede laboratorial;
 - A qualidade das prestações médicas no nível primário também pode ser considerada positiva através do grau de sucesso das missões de especialidade, pois que foi a rede primária que rastreou os doentes a serem atendidos pelas missões de especialidade.
- viii. *Como foi assegurada a sustentabilidade do Programa e promovida a sua apropriação por parte da comunidade e das autoridades santomenses?*
- A tentativa de sustentabilidade local, através do uso das receitas de venda de medicamentos, foi bloqueada pelo Governo de STP, ao apropriar-se dessas receitas para outros fins;
 - A ausência de mecanismos de coordenação com o Ministério da Saúde de STP inviabilizou a sustentabilidade e apropriação a nível do Governo de STP.
- ix. *Os objetivos do Programa continuam a integrar-se nas prioridades e necessidades identificadas por STP?*
- Os objectivos e intervenções da última fase do Programa continuavam a ser os dos CSP e, portanto, relevantes para as condições de saúde e pobreza da maioria da população;
 - No entanto, não existe um Plano nem Estratégia Nacional de Saúde em STP pela qual os objetivos do programa possam pautar-se.

- x. *Havendo necessidade de uma estratégia de saída, qual a abordagem e o momento mais adequados para a sua implementação?*
- Haverá sempre necessidade de uma estratégia de saída, independentemente da data prevista. O grau de dependência gerado entre as necessidades de saúde da população de STP e as atividades e recursos do Programa, a ausência de reconhecimento público sobre essa dependência e uso não programado dos meios do Programa requerem alterações profundas nos mecanismos de coordenação e gestão do programa, como é descrito na secção própria deste relatório.
- xi. *O Programa gerou mecanismos de coordenação e complementaridade entre doadores?*
- Não funcionaram os mecanismos de coordenação formalmente e anteriormente definidos, por ausência do Ministério de Saúde de STP;
 - Não era claro se poderia caber à administração do programa promover de forma mais intensa a funcionalidade desses mecanismos.

No entanto, o Programa não conseguiu acautelar mecanismos de coordenação operacional e de prestação de contas com as intenções da administração de saúde pública de STP, para o que muito contribuiu a ausência de políticas formais no sector Saúde e a inoperância dos restantes mecanismos de articulação entre o Ministério da Saúde de STP e os parceiros de cooperação ao desenvolvimento. Como consequência, ao terminar o financiamento da última fase do Programa os cuidados primários de saúde entraram em súbito declínio, sem que se desenhasse qualquer estratégia de continuação nem sustentabilidade.

Paralelamente a este insucesso de mecanismo de cooperação, também o Governo Português, principal financiador do Programa, esteve completamente ausente da imagem das atividades do Programa em STP.

Consideramos que a componente de cuidados primários de saúde é aquela aonde a interrupção das atividades do Programa tem as piores consequências para a saúde da população de STP. A razão principal é que a transição demográfica iniciada (e a elevada urbanização) faz prever o crescimento das doenças crónicas não-transmissíveis, com elevados custos e necessidade de um sistema de prestação de cuidados regulares e de boa qualidade. Como já se referiu acima, STP corre o risco de ver reverter-se a redução da mortalidade na população adulta que aconteceu nas últimas 4 décadas.

Se o Governo Português decidir não financiar uma estratégia de transmissão das capacidades do Programa para a administração de saúde de STP, arcará decerto com o ónus público da imagem do executor que deserta as expectativas criadas.

No entanto, recomenda-se que, caso se aceite financiar uma estratégia de transição e de saída, sejam consideradas implicitamente diversas pré-condições indispensáveis a uma diferença em relação à gestão da última década, como já referido acima: i) mecanismos institucionalizados e específicos de coordenação e prestação de contas para essa potencial fase de transição; ii) desembolsos estritamente condicionados pelo cumprimento de indicadores de prestação de serviços (quantidade e qualidade) e transparência na execução financeira; iii) formalização da componente “formação” nas especialidades médicas.

XI: ANEXOS

Anexo I. Referências Bibliográficas e Documentais

Anexo II. Lista de Individualidades Entrevistadas em São Tomé e Príncipe

**Anexo III. Conversão das Diferentes atividades do Programa em Unidade de Atendimento
Equivalentes**

Anexo IV. Formação de Curta Duração em áreas das missões de especialidade

Anexo V. Termos de Referência

ANEXO I REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

AVALIAÇÃO DO

PROGRAMA INTEGRADO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE

- Atlas of African Health Statistics, 2016, WHO, Regional Office for Africa
- Avaliação do programa indicativo de Cooperação Portugal - São Tomé e Príncipe (2008 - 2011)
- Banco Mundial, 2014 & 2016
- CIA World Factbook; INE São Tomé e Príncipe, 2015
- Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2006-2009 – São Tomé e Príncipe
- Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2008-2013 – São Tomé e Príncipe
- Global Health indicators WHO (2000-2016)
- Global Health indicators WHO (2015)
- IFAD, Rural Poverty Portal.
<http://www.ruralpovertyportal.org/country/home/tags/saotomeandprincipe>, em 31/07/2016
- IMF (2014). Democratic Republic of São Tomé and Príncipe: Poverty Reduction Strategy Paper. Article IV Staff Report
- Index Mundi - Country Facts
- Inquérito Demográfico e de Saúde - (IDH - DHS), São Tomé e Príncipe
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010. São Tomé and Príncipe. University of Washington
- Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe], Ministério da Saúde, e ICF Macro. 2010. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE.
- Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, INE – 2013
- Lancet, 2010
- Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, Cartografia sanitária, 2007
- Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF 2000 e 2006
- OCDE, Geographical Distribution of Financial Flows to Development Countries, 2011
- Programa Nacional de Controlo do Paludismo - São Tomé e Príncipe
- Projecto Saúde para Todos - avaliação no percurso (2005-2006) São Tomé e Príncipe

- Questionário Unificado de Indicadores Básicos do Bem-Estar (QUIBB), 2005, São Tomé
- Rajaratnam, JK, et al (2010). Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. www.thelancet.com Published online April 30, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60517-X
- Relatório atividades Cooperação Portuguesa 2008 - 2011
- Relatório de atividades “Projecto Saúde para Todos”, Alargamento e Consolidação, 2010
- Relatório de atividades “Projecto Saúde para Todos”, 2005 a 2015
- Relatório Doing Business, 2016
- Relatório Financeiro “Projecto Saúde para Todos”, 2011
- Saúde para Todos -25 anos ao serviço de São Tomé e Príncipe - IMVF, 2014
- Segunda Estratégia Nacional de Redução da Pobreza 2012-2016 São Tomé e Príncipe
- UNDP - hdr.undp.org/en/countries/profiles/STP
- UNFPA The State of World Population 2013. New York
- Unicef/OMS - Child mortality report, 2015
- United Nations & WHO Factsheets of Health Statistics 2014
- WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (2010)
- World Development Indicators (WDI) July 2016
- World Health Organisation, Reg. Office for Africa (AFRO) (2014). Factsheets of Health Statistics. São Tomé and Príncipe
- World Health Organization (2012). WHO global health expenditure atlas. Geneva
- World Health Statistics (2016) - Monitoring Health for the SDGs

ANEXO II LISTA DE INDIVIDUALIDADES ENTREVISTADAS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE

Eng. António Machado (Adido para a Cooperação Embaixada de Portugal em STP, em representação da Senhora Embaixadora, ausente do País)

Dra. Maria de Jesus Trovoada (Ministra da Saúde)

Dr. José Cassandra (Presidente do Governo Regional do Príncipe)

Dr. António Tebus (Secretário Regional dos Assuntos Sociais do Governo Regional do Príncipe)

Dra. Cíntia Lima (Assessora da Ministra da Saúde, Ministério da Saúde)

Dr. Amadeu Maia (Diretor dos Cuidados de Saúde)

Dra. Elisabete Barros (Programa Doenças Não Transmissíveis)

Dra. Hamilton Nascimento (Programa da Malária)

Dr. Arlindo de Carvalho (Unidade de Reforço das Capacidades Institucionais)

Dr. Gilberto Frota (Programa da Tuberculose)

Dr. Carlos Bandeira (Programa SIDA)

Enf. Alter Sousa (Diretora de Enfermagem HAM)

Dr. Celso Matos (Diretor Clínico HAM)

Dra. Celdidi Monteiro (Diretora Técnica HAM)

Dr. Carlos Neves (Administrador HAM).

Dr. Leonel Pontes (Presidente do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Universidade de São Tomé)

Dra. Leila (Delegada de Saúde Distrito Cantagalo)

Dra. Arlete (Administradora do CS Água e Zé)

Dr. Guilherme Andrade (Delegado de Saúde Distrito Caué)

Dr. Américo Cravid Pereira Pinto (Presidente Câmara Angolares -anterior Delegado de Saúde)

Enf. Bento José da Costa (CS Angolares)

Dr. Edgar Neves (Coordenador do Projecto Saúde para Todos STP)

Dr. António Marques de Lima (Projecto Saúde para Todos STP)

Dra. Maida Ramos (Delegada de Saúde do Distrito Lembá)

Sr. Júlio Silva (Administrador CS de Lembá)

Dra. Filomena Monteiro (Delegada de Saúde do Distrito de Lobata)

Dr. Fernando Neves (Administrador cooperação OMS – Serviços de Saúde)
Dra. Claudina Cruz (Conselheira da OMS)
Dra. Maria Quaresma Anjos (Pediatra, ponto focal vacinas e nutrição OMS)
Dr. Lázaro Sousa (Representante OMS e Prevenção Não Transmissíveis e Ambientais).
Dra. Ainhoa Jaureguibeitia (UNICEF)
Dr. António Viegas (Fundo Global)
Dr. Vilfrido Gil (Fundo Global, ex-Ministro da Saúde)
Dr. Gabriel Costa (ex - Primeiro Ministro)
Dr. Paulo Neves (Director da Santa Casa Misericórdia STP)
Enf. Elizabete Silva (Responsável vacinação do PMI)
Irmã Lúcia Cândido (Responsável do Programa de Desenvolvimento Integrado de Lembá)
Dra. Marisa Oliveira (Delegada de Saúde na Ilha do Príncipe)
Dr. Temóteo Neves (Administrador do Hospital /Centro de Saúde/ Serviços de Saúde, da Ilha do Príncipe)

ANEXO III CONVERSÃO DAS DIFERENTES ATIVIDADES DO PROGRAMA EM UNIDADES DE ATENDIMENTO EQUIVALENTES

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE

O Programa PSPT tem realizado prestações de cuidados (preventivos e curativos) de diferentes tipos, tanto nos Cuidados Primários como com as missões de especialidades. Um dos modos propostos pela metodologia desta Avaliação para classificar a “eficiência” do Programa era a de uma aproximação aos custos unitários. Essa pretensão implicava preencher o denominador da equação “custos totais ÷ N.ºs de atividades”, com “atividades equivalentes”.

A formulação de pressupostos simples para aproximações à equivalência entre diferentes tipos de atividades tem sido usada com algum sucesso no planeamento (recursos necessários) e monitorização de rotina de sistemas de saúde públicos na África Subsaariana, frequentemente para estimar e comparar a produtividade de profissionais de saúde (Cumbi, 2010; Vujcic, 2009). O método baseia-se num princípio simples: a) um tipo de “produto / serviço” é utilizado como “padrão” OU “unidade de atendimento”, i.e. o tempo médio que se demora a realizar o dito serviço; b) os restantes tipos de serviços são considerados como tendo a duração média de “multiplicativos” da duração média da atividade – padrão. Por exemplo: 1) se a atividade – padrão for uma “consulta externa” e a sua duração média for estimada em 10 minutos; 2) a assistência a um parto normal consome, em média 2 horas (120 minutos), então 1 parto equivale a 12 “unidades de atendimento”.

Estas são formulações grosseiras, mas que a prática tem revelado úteis quando não há contabilidade analítica.

No caso do Programa PSPT em STP:

- Foi usado o mesmo padrão de “unidade de atendimento” (UA) com a consulta externa (dos Cuidados Primários);
- Os outros tipos de atividades, dos CSP e das missões de especialidades, foram convertidos em UA's com base numa estimação do tempo médio da prestação de cada tipo de serviço

Para os Cuidados Primários, todos os tipos de consultas foram considerados equivalentes à consulta externa curativa, exceto as Consultas de Criança Sadia (porque incluem um largo número de vacinações, que são feitas em “linha de montagem”, com menos tempo para cada aplicação):

- Consulta Externa, Consultas Pré-Natal e de Planeamento Familiar e Cuidados de Enfermagem: 1 UA;

- Consulta da Criança 0-4 Anos: 0,75 UA ².

Para as atividades das missões de especialidade, o método assumiu uma variação maior entre os tempos consumidos pelos diversos tipos de atividades e diferentes especialidades. Isso é mostrado na Tabela da página 84.

Assim, os números totais de Unidades de Atendimento inseridos no Quadro 10 (Secção de “Eficiência” deste Relatório) somam: i) as UA’s da rede de Cuidados Primários; ii) as UA’s das missões de especialidades, em cada ano.

² Em Moçambique, as vacinações são reportadas em coluna específica no Sistema de Informação de Saúde, com o valor de 0,5 UA.

ANEXO IV ATIVIDADES DE FORMAÇÃO DE CURTA DURAÇÃO EM ÁREAS DAS MISSÕES DE ESPECIALIDADE

- ✓ Atribuição de um Estágio à Dra. Ludomila Cravide na Especialidade de Mamografia e Ecomamária desenvolvido no seguimento da Missão de Imagiologia, no Hospital Dr. Fernando Fonseca, sob a supervisão da Dra. Celeste Alves (2015);
- ✓ Atribuição de um estágio ao Dr. Celso Matos no seguimento da Missão de Ortopedia realizado no CUF Descobertas Hospital (2015);
- ✓ Atribuição de um estágio ao Técnico de Saúde Domitílio Vaz de Almeida ao nível da manutenção de equipamentos de imagiologia e laboratório (2015);
- ✓ Atribuição de um estágio ao Dr. Nelson Bandeira na Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia no Hospital da Luz e sob a supervisão da equipa da referida Especialidade neste Hospital de Referência (2014);
- ✓ Atribuição de um estágio à técnica de saúde Eudita Coelho em Técnicas Cardio-Pneumológicas realizado no seguimento da Missão de Cardiologia e desenvolvido no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra sob a supervisão da equipa dos Serviços de Cardiologia (2014);

- ✓ Atribuição de um estágio de enfermagem à profissional Laurinda Barreto realizado no seguimento da Missão de Cirurgia Pediátrica e desenvolvido na Clínica de Santo António, na Reboleira (2013);
- ✓ Atribuição de um estágio na especialidade de Dermatologia à Dr. Solange realizado no seguimento da Missão de Dermatologia de 2012 e desenvolvido no Hospital CUF Descobertas (2013);
- ✓ Realização de 4 estágios de formação de curta duração em Portugal na especialidade de Pediatria suportados pelo Programa de Estágios da Fundação Calouste Gulbenkian (2012).
- ✓ Realização de 2 estágios de formação por duas técnicas de saúde são-tomenses residentes em Portugal, nas áreas de Cardiopneumologia e Imagiologia. Após a formação, ambas as técnicas integraram o Sistema Nacional de Saúde São- Tomense, no âmbito do Projeto (2011);
- ✓ Realização de quatro estágios intensivos no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2 estágios intensivos de Imagiologia atribuídos aos técnicos de saúde Adelino Botelho e Manuel Cardoso; 2 estágios intensivos de Citologia atribuídos ao médico são-tomense Dr. Hélder Costa e à técnica de Imagiologia Helena Trigueiros (2010);

ANEXO V



TERMOS DE REFERÊNCIA

AVALIAÇÃO EXTERNA

PROGRAMA INTEGRADO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE

(2005-2015)

1. ENQUADRAMENTO

O Programa Integrado “Saúde para Todos” surgiu em 2005, enquadrado nas prioridades de S. Tomé e Príncipe (STP) e na estratégia de cooperação portuguesa. Este programa assumiu-se como um modelo de prestação de cuidados de saúde primários e de prestação de cuidados especializados.

Na sua fase inicial, o Programa abrangeu 5 distritos, alargando posteriormente o seu âmbito geográfico, estando presentemente em todos os distritos do país e integrando outras vertentes, como o saneamento básico, o abastecimento de água, a prestação de cuidados especializados e, mais recentemente, a Telemedicina.

O “Saúde para Todos” é um programa integrado constituído pelas componentes: (i) prestação de cuidados primários de saúde (Centros e Postos de saúde) com o vetor de sensibilização das populações para a temática da saúde; (ii) Prestação de cuidados especializados (missões de curta duração de médicos portugueses); (iii) introdução e reforço da Telemedicina. O Programa tem como objetivo global a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em S. Tomé e Príncipe e como objetivos específicos: (i) garantir a prestação de cuidados de saúde preventivos e primários em todos os distritos, potenciando uma eficiente gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais; (ii) promover a melhoria e operacionalidade da prestação de cuidados especializados de saúde, através de uma abordagem pluridisciplinar e multissetorial.

A implementação do Programa é feita através de uma Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) – o Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF). Numa lógica de envolvimento das autoridades locais, o Programa tem assento no Conselho de Direção do Ministério da Saúde de S. Tomé e Príncipe.

Os indicadores de saúde em S. Tomé e Príncipe melhoraram substancialmente nos últimos anos, sobretudo na área dos cuidados de saúde materna e infantil. A mortalidade materna também teve uma grande descida. Foi reduzida a incidência do paludismo em crianças com menos de 5 anos e a mortalidade devido à malária caiu para quase zero em 2009, tendo-se mantido desde então em níveis residuais. No entanto, o sistema nacional de saúde confronta-se ainda com problemas, nomeadamente insuficiência de infraestruturas sanitárias; baixa qualidade dos serviços prestados; recursos humanos insuficientes e pouco motivados e, ainda, insuficiência de especialistas em diferentes domínios. O acesso aos cuidados de saúde é também desigual consoante as regiões.

São Tomé e Príncipe na sua Estratégia Nacional de Redução da Pobreza 2012-2016 definiu como prioridade nacional “conseguir que toda a população tenha acesso (facilitado e melhorado) aos serviços sociais básicos”.

O programa tem vindo a ser cofinanciado pelo ex-IPAD/CAMÕES, I.P., pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian e foi implementado em três fases distintas: A primeira fase, entre 2005 e dezembro de 2007, com o orçamento de 1,5 Meuros; A segunda fase, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011, com o orçamento de 3,2 Meuros; A terceira fase, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015, com um orçamento de 3,8 Meuros. O Governo de S. Tomé e Príncipe cofinancia salários.

2. OBJETO E FINALIDADE DA AVALIAÇÃO

O **objeto** da presente avaliação é o **Programa Integrado “Saúde para Todos”**, em STP, no período compreendido entre 2005 e 2015.

A **finalidade** da avaliação é a seguinte:

- Analisar a modalidade de implementação e o modelo de gestão;
- Analisar os resultados e efeitos do Programa;
- Produzir conclusões e recomendações que permitam a prestação de contas (*accountability*) e que promovam a aprendizagem;
- Extrair lições e recomendações para uma eventual continuação do apoio a S. Tomé e Príncipe no setor da saúde, por parte da cooperação portuguesa.

A avaliação deverá analisar a necessidade de continuação do Programa, tendo em conta as questões relacionadas com a sua apropriação e sustentabilidade. A concluir-se da sua necessidade, a avaliação deve produzir recomendações sobre o modelo a adotar. Deve igualmente indicar a abordagem e o momento mais adequados para a estratégia de saída.

3. ÂMBITO DA AVALIAÇÃO

A avaliação do Programa “Saúde para Todos” abrange a totalidade do período compreendido entre 2005 e 2015, do financiamento, da área geográfica, da comunidade/grupos-alvo e das componentes do programa.

4. OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

A presente avaliação tem como objetivo geral apreciar o contributo do Programa na prestação de cuidados de saúde primários e na prestação de cuidados especializados, tendo os seguintes objetivos específicos:

- Documentar, analisar e sistematizar os resultados da intervenção relativamente aos objetivos estratégicos que se pretendiam atingir;
- Identificar e apreciar eventuais mudanças do Programa ao longo do período em análise, tendo em atenção as alterações quer na política de saúde de STP, quer na estratégia de intervenção da cooperação portuguesa;
- Analisar o grau de articulação do Programa com o Ministério da Saúde de STP ao longo do período em análise, tendo em atenção a sustentabilidade e a apropriação;
- Elaborar um quadro de indicadores que traduza os resultados obtidos no setor da saúde no período em análise;
- Identificar os fatores de sucesso da intervenção (e insucesso/constrangimentos) que possam servir como lições para a eventual continuidade do apoio ao setor da saúde em STP;
- Analisar a abordagem a adotar para a estratégia/plano de saída.

5. QUESTÕES DA AVALIAÇÃO

Sem prejuízo de os avaliadores poderem propor outras questões, a avaliação deve responder às seguintes perguntas:

- O Programa contribuiu para dar resposta aos principais problemas e prioridades identificados localmente na área da saúde?

- O modelo de gestão potenciou a implementação e promoveu a apropriação, a responsabilização mútua e a complementaridade?
- O modelo de financiamento contribuiu para a melhoria da qualidade do acesso aos serviços básicos de saúde, nomeadamente pelos grupos mais desfavorecidos da população?
- Que mecanismos existiram para assegurar a boa gestão dos recursos assegurando a prestação de contas?
- Que resultados/efeitos foram alcançados pelo Programa, nomeadamente:
 - Qual o grau de cumprimento dos objetivos específicos do Programa?
 - Que resultados e efeitos ocorridos nas áreas transversais (ambiente, género, direitos humanos, boa governação)?
 - Qual o contributo do Programa para a melhoria dos cuidados de saúde básicos?
 - Em que medida, o Programa, incluindo a Ilha do Príncipe, contribuiu para reduzir a afluência ao Hospital Central?
 - Em que medida a introdução da Telemedicina contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e para a diminuição do número de evacuações médicas com destino a Portugal?
 - Em que medida o Programa contribuiu para a mobilização, sensibilização e envolvimento das comunidades nos problemas da saúde?
- Qual o grau de cumprimento e de qualidade dos resultados alcançados em função das metas definidas?
- Como foi assegurada a sustentabilidade do Programa e promovida a sua apropriação por parte da comunidade e das autoridades santomenses?
- Os objetivos do Programa continuam a integrar-se nas prioridades e necessidades identificadas por STP?
- Havendo necessidade de uma estratégia de saída, qual a abordagem e o momento mais adequados para a sua implementação?
- O Programa gerou mecanismos de coordenação e complementaridade entre doadores?

6. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

A avaliação é do tipo sumativo e deve usar os critérios adotados pelo CAD/OCDE para a avaliação da ajuda ao desenvolvimento. Sem prejuízo dos avaliadores poderem propor a

utilização de outras metodologias, que considerem mais adequadas, a avaliação deve ser feita através de:

- Análise de fontes de informação relevantes no trabalho de gabinete e no terreno;
- Análise da eficiência (método índice de custo/eficácia);
- Entrevistas diretas e/ou focus groups com os detentores de interesse mais relevantes;
- Entrevistas coletivas à comunidade (se justificável);
- Observação direta

Toda a informação deverá ser triangulada e validada e a qualidade dos dados apreciada de forma transparente, destacando as lacunas e/ou a qualidade insuficiente da informação que limite a apreciação dos resultados. A avaliação deverá envolver um leque abrangente de detentores de interesse.

7. REPORTE DA AVALIAÇÃO

A Equipa de Avaliação deverá, de acordo com o que ficar estipulado no contrato de avaliação, produzir e entregar um **relatório preliminar** e um **relatório final**.

Os relatórios produzidos pela Equipa de Avaliação deverão respeitar os modelos de relatórios anexos aos presentes Termos de Referência (anexo 1), assim como os prazos de entrega dos mesmos conforme estipulado no calendário da avaliação. Todos os relatórios devem ser entregues por correio eletrónico/formato digital.

A divulgação do relatório final de avaliação seguirá o estipulado nas *Diretrizes para a Divulgação e Utilização dos Resultados da Avaliação (Camões, IP)*.

8. EQUIPA DE AVALIAÇÃO

A Equipa de Avaliação deverá ser constituída por um máximo de 4 elementos e ter:

- Conhecimentos em cooperação para o desenvolvimento e cooperação portuguesa
- Competências e conhecimento em análise de Programas
- Conhecimentos na área da saúde e respetivos modelos de gestão
- Conhecimento sobre as dinâmicas de organizações da sociedade civil

A Equipa de Avaliação terá obrigatoriamente como referência o *Código de Ética da Avaliação* bem como as *Normas para Evitar o Conflito de Interesses no Processo de Avaliação* e assinar a Declaração de Objetividade e Ausência de Conflitos de Interesse (anexo 2).

9. GESTÃO DA AVALIAÇÃO

9.1. ESTRUTURA DE GESTÃO

A estrutura de gestão da presente avaliação inclui:

- Gestor da Avaliação: A gestão da avaliação será feita pelo Gabinete de Avaliação e Auditoria (GAA) do Camões, IP. O GAA fará o acompanhamento de todo o processo de avaliação, nomeadamente no que diz respeito à facilitação de contactos e questões logísticas e financeiras, devendo contudo realizar-se obrigatoriamente as seguintes reuniões:
 1. Após a seleção da equipa de avaliação, para discussão detalhada do plano de trabalho, nomeadamente questões metodológicas;
 2. Após a entrega do Relatório Preliminar, para discussão dos resultados obtidos nessa fase e sobre a metodologia a utilizar na fase seguinte;
 3. No final do trabalho de campo, no terreno, para apresentação e discussão dos resultados preliminares;
 4. Após a entrega do Relatório Final, para discussão da respetiva versão provisória e das recomendações formuladas pelos avaliadores.
- Grupo de Acompanhamento: constituído pelo Gestor da Avaliação e elementos da Divisão de Assuntos Bilaterais (DAB) da Direção de Serviços de Cooperação (DSC) do Camões, I.P. sendo responsável pela discussão dos relatórios apresentados pela Equipa de Avaliação.

9.2. APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS

A Equipa de Avaliação deverá apresentar uma proposta de trabalho conforme o estipulado no Caderno de Encargos e nos presentes Termos de Referência, tendo em conta as *Normas de Qualidade para a Avaliação do Desenvolvimento (CAD/OCDE,2010)* assim como o explicitado no *Guia de Avaliação (Camões, I.P.³)*.

³ Disponíveis em: <http://www.instituto-camoes.pt/avaliacao-e-auditoria/root/sobre-nos/avaliacao-e-auditoria>

9.3. ORÇAMENTO E NECESSIDADES LOGÍSTICAS

O orçamento global da presente avaliação é de 40.000€ (mais IVA à taxa em vigor).

O Camões, IP poderá proceder à facilitação de contactos e prestar o apoio necessário durante a preparação e realização da deslocação ao terreno.

9.4. CALENDÁRIO DE EXECUÇÃO

A avaliação deverá estar concluída em **4 meses após a adjudicação**. O calendário (quadro 1) detalha as fases do processo de avaliação e os respetivos prazos e intervenientes.

Quadro 1 - Calendário da avaliação

Fase	Produto	Prazo	Responsável	Intervenientes
1. Trabalho de gabinete (5 semanas)	Relatório Preliminar	4 semanas após a assinatura do contrato	Equipa de Avaliação	-
	Reunião para discussão do relatório preliminar e preparação da fase seguinte	1 semana após a receção do relatório preliminar	GAA	Equipa de Avaliação Detentores de interesse
2. Trabalho de campo (2 semanas)	<i>Debriefing</i> no terreno	2 semanas	Equipa de avaliação	Equipa de Avaliação Detentores de interesse locais
3. Elaboração do relatório final (7 semanas)	Versão provisória do relatório final	4 semanas após o final da fase anterior	Equipa de Avaliação	-
	Reunião para discussão da versão provisória do relatório final	1 semana após a entrega do relatório provisório	GAA	Equipa de Avaliação Detentores de interesse
	Entrega da versão definitiva do relatório final	2 semanas após a reunião anterior	Equipa de avaliação	-

MISSÕES DE ESPECIALIDADES: TABELA DE CONVERSÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE SERVIÇOS EM UNIDADES DE ATENDIMENTO

Especialidade	Duração Média				Conversão em Unidades de Atendimento Equivalentes			
	Cons. Ext.	Cirurgias	MCDT	Sess. Form.	Cons. Ext.	Cirurgias	MCDT	Sess. Form.
Dermatologia	15	90		120	1,5	9,0	0,0	12,0
Ortopedia	20	180		120	2,0	18,0	0,0	12,0
Imagiologia			20	120	0,0	0,0	2,0	12,0
Cardiologia	15		30	120	1,5	0,0	3,0	12,0
Oftalmologia	20	120	20	120	2,0	12,0	2,0	12,0
Pediatria	15			120	1,5	0,0	0,0	12,0
Cirurgia pediátrica	20	180		120	2,0	18,0	0,0	12,0
Otorrinolaringologia	15	120	15	120	1,5	12,0	1,5	12,0
Cirurgia PLÁSTICA	15	120	15	120	1,5	12	1,5	12
Urologia	15	180	30	120	1,5	18,0	3,0	12,0
Psiquiatria				120	0,0	0,0	0,0	12,0
Pneumologia	15	120		120	1,5	12,0	0,0	12,0
Cirurgia geral	15			120	1,5	0,0	0,0	12,0
Anestesia	15	150		120	1,5	15,0	0,0	12,0
Anatomia patológica***	20		15	120	2,0	0,0	1,5	12,0
Ginecologia		120	20	120	0,0	12,0	2,0	12,0
Medicina tropical	10		10		1,0	0,0	1,0	0,0

Referências:

Amélia J. Cumbi, Francisco M. I. Langa (2010). Revisão das Unidades de Atendimento nível primário e secundário. Uma Avaliação da Organização dos Serviços, do Tempo Médio de Atendimento e dos Indicadores de Carga de Trabalho. Maputo, Maio.

Vujic M. et al (2009). Measuring Health Workforce Productivity: Application of a Simple Methodology in Ghana. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington .