



Organização  
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL

Africano



# ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM OS PAÍSES 2008-2013

# SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



**ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO  
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
COM OS PAÍSES  
2008-2013**

**SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

## Dados da Biblioteca AFRO para Catalogação na Publicação

### Estratégia de cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países, 2008-2013 São Tomé e Príncipe

1. Planeamento em Saúde
2. Implementação do Plano de Saúde
3. Prioridades em Saúde
4. Nível de Saúde
5. Cooperação Internacional
6. Organização Mundial da Saúde

**ISBN:** 978 929 034 0164 (Classificação NLM : WA 540 HA7)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2009

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Unidade dos Serviços Linguísticos e de Publicações do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na Índia

# ÍNDICE

ACRÓNIMOS E SIGLAS .....	v
PREFÁCIO .....	ix
RESUMO .....	xi
<b>SECÇÃO 1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>SECÇÃO 2 DESAFIOS DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO NA RDSTP .....</b>	<b>3</b>
2.1 Situação socioeconómica .....	3
2.2 Nível de cumprimento da ECP de primeira geração .....	4
2.2.1 Melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde .....	4
2.2.2 Luta contra as doenças .....	8
2.2.3 Incremento de acções para a redução da mortalidade infantil, juvenil e materna .....	10
2.2.4 Promoção e protecção da saúde .....	11
2.3 Os desafios para a nova ECP .....	12
<b>SECÇÃO 3 APOIO AO DESENVOLVIMENTO E PARCERIAS .....</b>	<b>14</b>
3.1 Fluxo das ajudas ao desenvolvimento do sector da saúde .....	14
3.2 Os principais parceiros de desenvolvimento e seus domínios de intervenção .....	15
<b>SECÇÃO 4 QUADRO DAS POLÍTICAS DA OMS: ORIENTAÇÕES MUNDIAIS E REGIONAIS .....</b>	<b>18</b>
4.1 Missão e objectivos .....	18
4.2 As funções principais .....	18
4.3 Agenda mundial de saúde .....	18
4.4 Áreas de prioridade mundial .....	19
4.5 Áreas de prioridade regional .....	19
4.6 Tornar a OMS mais eficaz ao nível do país .....	20
<b>SECÇÃO 5 ACTUAL COOPERAÇÃO DA OMS .....</b>	<b>21</b>
5.1 Evolução do orçamento da OMS .....	21
5.2 As principais actividades da OMS no país .....	23
5.3 Apoio do Escritório Regional: equipas regionais e interpaíses .....	23
5.4 A OMS como uma entidade no âmbito da parceria .....	24
<b>SECÇÃO 6 AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERAÇÃO ACORDADA COM A OMS PARA 2008-2013 .....</b>	<b>25</b>
6.1 Prioridades estratégicas .....	26
<b>Prioridade estratégica nº1</b> :Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico. ....	27
<b>Prioridade estratégica nº 2</b> :Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos .....	27

	<b>Prioridade estratégica n° 3:</b> Reforço do controlo das doenças transmissíveis .....	27
	<b>Prioridade estratégica n° 4:</b> Reforço do controlo das doenças crónicas não transmissíveis .....	28
	<b>Prioridade estratégica n° 5:</b> Promoção de estilos de vida saudáveis ....	28
	<b>Prioridade estratégica n° 6:</b> Reforço da saúde sexual e reprodutiva .....	28
	<b>Prioridade estratégica n° 7:</b> Alerta e resposta às epidemias e situações de emergência .....	29
6.2	Ligações entre a agenda estratégica e as prioridades do Governo, OMS e UNDAF .....	29
<b>SECÇÃO 7</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA .....</b>	<b>34</b>
7.1	A nível da Representação .....	34
7.2	A nível do Escritório Regional Africano da OMS .....	36
7.3	A nível da sede mundial .....	37
<b>SECÇÃO 8</b>	<b>MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ECP .....</b>	<b>38</b>
<b>SECÇÃO 9</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>
Anexo I:	Lista dos documentos recebidos para a ECP .....	39
Anexo II:	Processo de desenvolvimento da ECP-2 .....	41
Anexo III:	Intervenções da primeira ECP da OMS não implementadas .....	44
Anexo IV:	Termos de referência do consultor nacional para a redacção da ECP-2 .....	45
Quadro 1	Alguns indicadores de desenvolvimento socioeconómico .....	3
Quadro 2	Cobertura da utilização dos MTI.....	9
Quadro 3	Indicadores de ODM 1 e ODM 4. ....	10
Quadro 4	Situação dos indicadores do ODM 5: melhorar a saúde materna .....	11
Quadro 5	Principais áreas de intervenção dos parceiros no sector da saúde em 2006 .....	16
Quadro 6	Orçamento regular e outras fontes, RDSTP 2004-2007 .....	21
Quadro 7	Distribuição do orçamento da OMS por domínio de actividade, RDSTP 2004-2007 .....	22
Quadro 8	Comparticipação da OMS nas despesas comuns do sistema das Nações Unidas, RDSTP 04-07 .....	22
Quadro 9	Prioridades estratégicas da ECP de RDSTP .....	26
Quadro 10	Ligações entre o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (PEMP) e as prioridades estratégicas da ECP da RDSTP .....	30
Quadro 11	Ligações entre as prioridades estratégicas da ECP e as prioridades do Governo de RDSTP na saúde .....	32
Quadro 12	Ligações entre as prioridades estratégicas da ECP e as prioridades do UNDAF 2007-2011 .....	33
Quadro 13	Resultado de análise do “Gap” .....	42

## ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADRA	:	Agência de Desenvolvimento e Assistência Adventista
AFRO	:	Escritório Regional Africano da OMS
AIDI	:	Atenção Integrada às Doenças da Infância
ARV	:	Antirretroviral
ASPF	:	Associação Santomense para o Planeamento Familiar
ATV	:	Aconselhamento e testagem voluntária
BAD	:	Banco Africano de Desenvolvimento
BCT	:	Tecnologias essenciais de saúde
CAH	:	Programa de Saúde da Criança e do Adolescente
CAME	:	Central de Abastecimento em Medicamentos Essenciais
CCA	:	Avaliação Comum do País
CCIA	:	Comité de Coordenação Interagências
CCIAS	:	Câmara de Comércio, Indústria, Agricultura e Serviços
CCIM	:	Comité de Coordenação Interministerial
CCM	:	Conselho de Coordenação Multisectorial
CMC	:	Comunicação para as mudanças de comportamento
CNCLCS	:	Comissão Nacional de Coordenação e Luta contra a SIDA
CNLP	:	Comité Nacional de Luta contra o Paludismo
CPS	:	Cuidados de saúde primários
CSR	:	Alerta e Resposta às Epidemias
DCS	:	Direcção de Cuidados de Saúde
DNT	:	Doenças não transmissíveis
DOTS	:	Terapêutica por observação directa de curta duração
DPC	:	Conselheiro para a Prevenção e Luta contra as Doenças na Representação da OMS
DPCA	:	Conta dos serviços comuns
DSF	:	Desenvolvimento do sector farmacêutico
ECP	:	Estratégia de Cooperação da OMS com os Países
EDM	:	Medicamentos essenciais
EHA	:	Situações de Emergência e Acção Humanitária
ENRP	:	Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
EUA	:	Estados Unidos da América
FED	:	Fundo Europeu de Desenvolvimento
FH_P	:	Conselheiro para os programas da saúde infantil, juvenil e materna na Representação da OMS

FHP	:	Conselheiro para o programa de saúde familiar na Representação da OMS no país
FONG	:	Federação das Organizações não Governamentais
GAVI	:	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GPN	:	Rede de comunicação mundial privada
GSM	:	Sistema Mundial de Gestão
HAM	:	Hospital Ayres de Menezes
VIH	:	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPR	:	Promoção da Saúde
IDS	:	Inquérito Demográfico e de Saúde
VRID	:	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
IEC	:	Informação, educação e comunicação
IPAD	:	Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
IRA	:	Infecções respiratórias agudas
EAI	:	Equipas de Apoio Interpaíses
IST	:	Infecções sexualmente transmissíveis
MTI	:	Mosquiteiros tratados com insecticida
IVD	:	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
MAL	:	Paludismo (PAL)
MDC	:	Comissão de Gestão de Desenvolvimento dos Quadros Superiores do Escritório Regional Africano
MDR	:	Multirresistente aos medicamentos
MINSA	:	Ministério da Saúde
MPN	:	Conselheiro para o programa de gestão na Representação da OMS no país
NCD	:	Doenças não transmissíveis
NEPAD	:	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
NPO	:	Administrador Nacional de Programa na Representação da OMS no país
NPO/HIV	:	Administrador Nacional do Programa VIH/SIDA na Representação da OMS no país
ONU	:	Organização das Nações Unidas
ODM	:	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	:	Organização Mundial da Saúde
ONG	:	Organização Não Governamental
OS	:	Fundos outros que o orçamento regular da OMS
OSD/HRH	:	Domínio de trabalho “Organização do Sistema de Saúde/ Recursos Humanos para a Saúde”.
OSD/HSP	:	Domínio de trabalho “Organização do Sistema de Saúde/ Sistemas de Saúde”.

PAF	:	Fundo para a Aceleração do Programa
PAHO	:	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	:	Programa Alimentar Mundial
PASS	:	Projecto de Apoio ao Sector Social
PAV	:	Programa Alargado de Vacinação
PEMP	:	Plano Estratégico a Médio Prazo
PGT	:	Programa Geral de Trabalho
PHR	:	Programa de Saúde Reprodutiva
PMI	:	Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos para o Paludismo
PNDS	:	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
PNLP	:	Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PNLT	:	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
PNS	:	Política Nacional de Saúde
PNUD	:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PoA	:	Plano de Acção
PTV	:	Prevenção da Transmissão Vertical (do vírus VIH)
RAP	:	Região Autónoma de Príncipe
RDSTP	:	República Democrática de São Tomé e Príncipe
RH	:	Recursos Humanos
RHR	:	Investigação e desenvolvimento de produtos para a saúde reprodutiva
SCC	:	Domínio de trabalho “Presença da OMS no País”
SIDA	:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS	:	Sistema de Informação Sanitária
SNS	:	Sistema Nacional de Saúde
SNU	:	Sistema das Nações Unidas
SSR	:	Serviço de Saúde Reprodutiva
STEPS	:	Abordagem faseada à vigilância dos factores de risco
SWAp	:	Abordagem trans-sectorial
TUB	:	Tuberculose
UNDAF	:	Quadro das Nações Unidas de Assistência ao Desenvolvimento
UNFPA	:	Fundo das Nações Unidas para as Populações
UNICEF	:	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNITAID	:	Central Internacional de Compra e Distribuição de Medicamentos para VIH/SIDA, Paludismo e Tuberculose
VRID	:	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças





# PREFÁCIO

A Estratégia de Cooperação da OMS com os Países (ECP) consubstancia o essencial das reformas adoptadas pela Organização Mundial da Saúde, com vista a reforçar a sua acção no seio dos países, fornecendo uma orientação qualitativa decisiva para as modalidades de intervenção de coordenação e advocacia da nossa Instituição na Região Africana. Essa estratégia de cooperação, que se encontra firmemente estabelecida como instrumento de planificação a médio prazo da OMS ao nível dos países, visa conferir uma maior pertinência e maior atenção à definição das prioridades, e obter mais eficácia na consecução dos objectivos e uma maior eficiência na utilização dos recursos afectados à actuação da OMS nos países.

A primeira geração dos documentos de estratégia de cooperação com os países foi criada através de um processo participativo que mobilizou os três níveis da Organização, os países e os respectivos parceiros. Para a maioria dos países, o biénio de 2004-2005 constituiu o ponto fulcral na reorientação da acção da OMS, tendo permitido aos países uma melhor planificação das suas intervenções, segundo uma abordagem baseada nos resultados e um processo de gestão aperfeiçoado, que favorece a tomada de consciência das suas reais necessidades por parte dos três níveis da Organização.

Com base nos ensinamentos retirados da implementação da ECP de primeira geração, os documentos da ECP de segunda geração, em conjugação com o 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e o Quadro Estratégico a Médio Prazo, contemplam as prioridades de saúde dos países, que se encontram definidas nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário e nos planos nacionais de luta contra a pobreza. Os documentos da ECP integram-se, igualmente, no novo contexto global da saúde e tomam em consideração os princípios do alinhamento, da harmonização e da eficácia, tal como se encontram formulados na Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda e em recentes iniciativas como a « Harmonização para a Saúde em África » (HHA) e a « Parceria Internacional para a Saúde Plus » (IHP+). Esses documentos reflectem também a política de descentralização instituída, a qual reforça a capacidade de tomada de decisões por parte dos países, com vista a uma melhor qualidade dos programas e das intervenções de saúde pública

Finalmente, os documentos da ECP da segunda geração estão em sintonia com o Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF), com vista à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Saúdo a liderança eficaz e eficiente por parte dos países na condução deste importante exercício de formulação das estratégias de cooperação da OMS com os países e peço a todos os funcionários da OMS, em especial aos Representantes e aos Directores de Divisão, que redobrem os seus esforços no sentido de garantirem a efectiva implementação das orientações da estratégia de cooperação com os países, com vista à obtenção de melhores resultados na área da saúde, em benefício das populações africanas.



Dr. Luis G. Sambo  
Director Regional da OMS para África



# RESUMO

A Estratégia da OMS de Cooperação com os Países (ECP) é um instrumento de trabalho a médio prazo ao nível dos países, que envolve os três níveis da Organização. Inscreve-se no âmbito dos esforços desenvolvidos com vista a uma maior coerência e eficácia das intervenções da OMS ao nível dos países. Toma em consideração as prioridades da Região Africana da OMS para o período 2005-2009, os resultados esperados definidos no Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013 (PEMP) a nível da Organização, para contribuir para a melhoria da saúde mundial, como definido no Programa Sanitário Mundial do 11º Programa Geral de Trabalho 2006-2016 (PGT). Contempla também os diversos documentos estratégicos do país e está harmonizado com o trabalho das agências do sistema das Nações Unidas e de outros parceiros.

O processo de elaboração da nova estratégia de cooperação para o período 2008-2013 foi bastante participativo e contou com um forte envolvimento do Governo, através dos quadros do Ministério da Saúde na análise do cumprimento da ECP de primeira geração, na identificação dos desafios ao desenvolvimento do país e do sector da Saúde e no mapeamento das intervenções dos parceiros.

As frequentes mudanças de governo, com as consequentes mudanças de quadros da administração do Estado, levam à descontinuidade da acção governativa e impedem o desenvolvimento do país, que continua a enfrentar as consequências da pobreza crescente, apesar do seu imenso potencial económico. Com o apoio dos parceiros, o país atingiu bons resultados para os indicadores na área da saúde infantil e da redução da morbi-mortalidade por paludismo, como frutos da cooperação multi e bilateral. Como assegurar a sustentabilidade desses resultados, nesta situação de pobreza e de instabilidade governativa, é um dos grandes desafios com que o governo se depara. Foram identificados outros desafios para o desenvolvimento da saúde, como a seguir se indicam:

- reforma do sector e do Ministério da Saúde;
- consideração da abordagem às questões de género e direitos humanos;
- adopção de políticas nacionais considerando a abordagem das questões de género e direitos humanos, para o desenvolvimento de recursos humanos da saúde, do financiamento do sector, do acesso aos medicamentos e tecnologias essenciais de saúde, do Sistema de Informação Sanitária e a definição dum pacote de intervenções essenciais integradas para acelerar o acesso universal de todas as famílias à prestação de serviços integrados;
- aplicação real das opções políticas de descentralização e de reforço dos distritos sanitários;
- melhoria da resposta do sistema de saúde santomense às necessidades de acesso equitativo aos 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;
- promoção de parcerias, coordenação dos parceiros, de forma interna e intersectorial, e mobilização de recursos;
- redução da carga sanitária e socioeconómica das doenças transmissíveis, tais como VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, e das catástrofes naturais;

- melhoria da gestão dos resíduos biomédicos e hospitalares, e das substâncias químicas e/ou de produtos resultantes da sua deterioração;
- controlo das doenças crónicas não transmissíveis, privilegiando as medidas de redução dos factores de risco;
- redução da morbilidade e da mortalidade e melhoria da saúde nos principais estádios da vida, melhorando a qualidade de serviços de saúde a todos os recém-nascidos, crianças com menos de cinco anos, adolescentes e mulheres;

Com o apoio do Escritório Regional da OMS, primeiro através da missão enviada a São Tomé e Príncipe e nos comentários fornecidos sobre a primeira versão da ECP 2008-2013, o processo foi levado a cabo com a Organização, pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros, Cooperação e Comunidades, do *atelier* de consenso sobre a análise de situação e a agenda proposta para a cooperação da OMS.

Foram identificadas sete prioridades estratégicas com 12 áreas de enfoque principais para o trabalho dos três níveis da OMS no país, para o período 2008-2013, enquadrando-se em quatro dos seis domínios do programa mundial de acção da OMS, como se indica no quadro seguinte:

Domínio do programa mundial de acção da OMS em 6 pontos	Prioridades estratégicas	Áreas de enfoque principais
A. Reforço do sistema de saúde baseado na aplicação da abordagem dos cuidados primários de saúde	1. Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico	1.1 Reforço institucional e organização do sector da Saúde
		1.2 Reforço na concepção e reformulação de políticas e planos.
B. Promoção do diálogo e da coordenação entre os parceiros da saúde	2. Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos	2.1 Estabelecimento de mecanismos de coordenação
C. Contribuição para o desenvolvimento do país e luta contra a pobreza, através das intervenções essenciais para a consecução dos ODM directamente relacionados com a saúde	3. Reforço do controlo das doenças transmissíveis	3.1 Consolidação dos resultados do paludismo
		3.2 Reforço do controlo de VIH/SIDA e tuberculose
		3.3 Controlo de doenças negligenciadas
		3.4 Promoção da melhoria da qualidade da água e do saneamento ambiental
	4. Reforço do controlo das doenças crónicas não transmissíveis.	4.1 Estabelecimento de programa de DNT
	5. Promoção de estilos de vida saudáveis	5.1 Promoção de estilos de vida saudáveis
	6. Reforço da saúde sexual e reprodutiva	6.1 Promoção da implementação do Roteiro para redução acelerada das mortes maternas e neonatais.
6.2 Reforço da saúde e do bem-estar das crianças, adolescentes e jovens		
D. Contribuição para a segurança sanitária	7. Alerta e resposta as situações de epidemias e emergências	7.1 Prontidão, prevenção e resposta rápida às epidemias em situações de emergência

# SECÇÃO 1

## INTRODUÇÃO

A Estratégia da OMS de Cooperação com os Países (ECP) é um instrumento de trabalho de médio prazo ao nível dos países, que envolve os três níveis da Organização, sob a liderança do Representante da OMS em cada um dos 46 Estados-Membros da Organização ao nível da Região Africana. A ECP inscreve-se no âmbito dos esforços desenvolvidos no sentido de obter uma maior coerência e eficácia das intervenções da OMS ao nível dos países, e representa a simbiose das necessidades e prioridades de cada país com as prioridades regionais e mundiais em matéria de desenvolvimento da saúde. Deste modo, toma em consideração os resultados esperados, tal como são definidos no Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 (PEMP) a nível da Organização, com vista a contribuir para a melhoria da saúde mundial como definido no Programa Sanitário Mundial do 11º Programa Geral de Trabalho 2006-2016 (PGT). Também observa os diversos documentos estratégicos do país, nomeadamente, o Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento do país (UNDAF) para o período 2007-2011, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2001-2005, a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (ENRP), o Programa de Acções Prioritárias 2006-2008, as opções de políticas do Governo para a legislatura 2007-2010, os planos estratégicos sectoriais de luta contra as doenças, o primeiro Relatório Nacional sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), o programa quinquenal do Governo (2006 -2011), no âmbito da harmonização dos objectivos do país e os apoios dos parceiros do sector da saúde. Os doadores bilaterais e multilaterais, tais como as agências do SNU, o Parlamento, as câmaras distritais e a Região Autónoma do Príncipe, os ministérios com acção sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, as ONGs nacionais e internacionais, as organizações de acções comunitárias e o sector privado são actores muito importantes desse processo.

A elaboração da ECP de segunda geração tem lugar devido as mudanças que se vêm operando nos últimos anos à escala mundial, a nível da Organização e ao nível do país, desde o início do biénio 2006-2007 e mesmo um pouco antes. Ao nível mundial, recorde-se:

- i) o reconhecimento crescente do papel da saúde no desenvolvimento económico dos países,
- ii) os princípios de harmonização e alinhamento dos procedimentos e dos programas de parceiros no sentido do desenvolvimento do país beneficiário da ajuda, com o reforço da sua liderança,
- iii) as várias iniciativas de perdão de dívida e
- iv) os novos mecanismos de financiamento para o sector da saúde, tais como o GAVI, o Fundo Mundial para a SIDA, Tuberculose e Paludismo, UNITAID, a Iniciativa do Presidente Americano para o Paludismo, entre outros.

A nível da OMS, as principais mudanças são:

- i) o desenvolvimento do 11º PGT 2006-2016 e do PEMP 2008-2013;
- ii) a orientação de maior envolvimento da Representação da OMS no país no processo da reforma do SNU;
- iii) a adopção dum novo quadro político e institucional com progressiva descentralização, traduzindo-se na criação das IST e a forte delegação de competências que o GSM vai introduzir na gestão da Organização.

A nível do país, um contexto político e económico relativamente mais estável, mais favorável à inter-relação do poder central e local, o perdão da dívida externa, as expectativas de exploração de petróleo, o surgimento de novas parcerias, a criação de uma unidade de gestão e coordenação das ajudas e a reforma do Estado. Em relação especificamente ao sector da saúde, está em curso uma tentativa de criação de um Comité Nacional de Coordenação de Saúde, com base nos múltiplos mecanismos de coordenação actuais, nomeadamente os Comités de Coordenação Interagências (CCIA), Conselhos de Coordenação Multisectorial (CCM), Comissões Nacionais de Coordenação e Luta contra a SIDA (CNCLCS), Comités Nacionais de Luta contra o Paludismo (CNLP).

Da análise da situação, das interações com os parceiros e na base da análise dos documentos recebidos dos mesmos (Anexo 1), ao longo do processo de elaboração da ECP (Anexo 2), resultou a identificação dos desafios que serviram de base para a definição das prioridades estratégicas da Agenda para a Cooperação entre São Tomé e Príncipe e a OMS para o período 2008-2013, a saber:

- i) reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico,
- ii) reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos,
- iii) reforço do controlo das doenças transmissíveis,
- iv) reforço do controlo das doenças crónicas não transmissíveis,
- v) promoção de estilos de vida saudáveis,
- vi) reforço da saúde sexual e reprodutiva e
- vii) alerta e resposta às epidemias e situações de emergência.

O exercício foi realizado por uma equipa que integra quadros da Representação da OMS, da UNICEF, do Ministério da Saúde e técnicos do Escritório Regional da OMS para África.

## SECÇÃO 2

### DESAFIOS DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO NA RDSTP

Esta secção visa facilitar a nossa compreensão em relação ao grau de cumprimento das principais áreas de intervenção e desafios da ECP de primeira geração, os novos desafios consignados a uma nova abordagem de cooperação.

#### 2.1 SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA

O custo de insularidade é elevado para os habitantes do arquipélago de São Tomé e Príncipe. A “eurorização” da economia, as dificuldades de transporte para o resto do mundo, a quase total inexistência da produção interna dos bens que mais se consomem, a sua dependência em quase 82% da ajuda externa e a acumulação de funções de alguns quadros da administração central e distrital são alguns dos factores que impedem a população de gozar das potencialidades que o país possui, mormente dos relativamente bons indicadores nas áreas da saúde infantil e educação, da perspectiva de exploração do petróleo, do turismo, da agricultura e pesca, da localização estratégica no Golfo da Guiné e da paz.

Com uma população estimada de 151.912 habitantes (ver o quadro 1), em 2006, vivendo numa superfície de 1001 km<sup>2</sup>, São Tomé e Príncipe tem uma densidade populacional nacional de 151,8 habitantes/km<sup>2</sup>. Cerca de 70% da população de São Tomé concentra-se num raio de 10 quilómetros em redor da capital.

Quadro 1 : Alguns indicadores de desenvolvimento sócioeconómico

Indicadores	Valores em	
	2004	2005
Taxa de natalidade (‰)	33,9	33,4
Taxa de mortalidade (‰)	7,6	7,3
Taxa de crescimento efectivo da população (%)	1,95	1,94
Esperança de vida à nascença em anos (mulher)	68,1	68,5
Esperança de vida à nascença em anos (homem)	63,0	63,5
PIB (milhões de dólares)	ND	123
PIB per capita (dólares)	ND	764,26
Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) (milhões de dólares)	ND	69,00
População activa (%)	84,4	ND
Taxa de alfabetização dos adultos entre 15 a 24 anos (%)	ND	123

Fonte: INE.



Apesar do regime democrático implementado em 1991, o país continua a sofrer de frequentes mudanças de governo e de quadros da administração do Estado, levando à descontinuidade da acção governativa.

Embora o crescimento médio do produto interno bruto (PIB), entre 2004 e 2006, tenha sido de 6,25%, a qualidade de vida da população continua a se degradar como consequência da contínua desvalorização da moeda nacional, da inflação e do aumento vertiginoso do preço do petróleo e seus derivados. O perdão de 60% do montante da dívida externa do país não teve ainda reflexos a nível social .

A Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) *per capita*, que corresponde a cerca de 13% do PIB *per capita*, diminuiu 47% entre 2004 e 2007, passando de 130 dólares americanos por habitante para 69 dólares por habitante.

## 2.2 NÍVEL DE CUMPRIMENTO DA ECP DE PRIMEIRA GERAÇÃO

A OMS e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe definiram, para os anos 2006-2009, uma agenda de cooperação que se organiza em quatro eixos,

- i) melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde,
- ii) luta contra as doenças,
- iii) redução da mortalidade materna e infantil e
- iv) promoção e protecção da saúde, traduzidos em 24 áreas de intervenção essenciais.

Apesar de todos os parceiros terem sido consultados e de o Ministério da Saúde ter participado no processo de elaboração desta agenda, o documento final não foi divulgado aos parceiros nem ao Governo. A prevalência no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de vários elementos de índole organizacional, estrutural e funcional e, também, a quase não mobilização de recursos necessários para o efeito tiveram um grande impacto no nível de cumprimento da agenda. Assim das 24 intervenções da ECP de primeira geração da OMS, 12 não foram implementadas (vide Anexo 3).

Nos seguintes parágrafos, serão passadas em revista as realizações, tomando em conta as intervenções de outros parceiros, os constrangimentos ao desempenho das acções do pacote da ECP de primeira geração e os actuais desafios.

### 2.2.1 *Melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde*

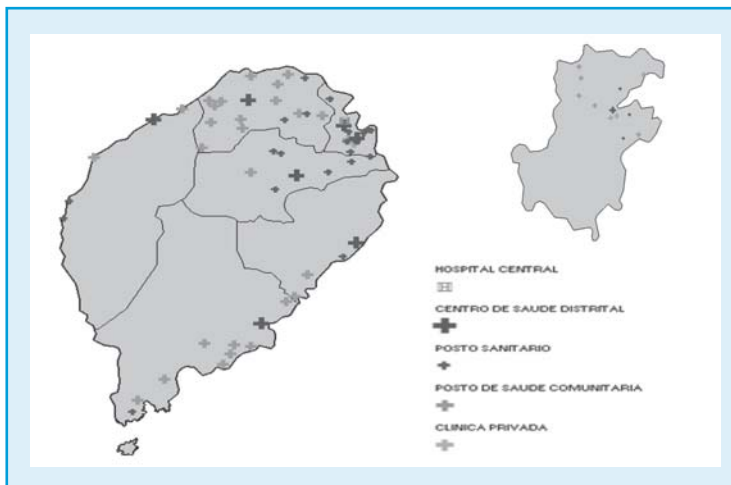
#### ● **Organização dos serviços de saúde**

Em 2006, a equipa de reforma, criada em 2000, foi redinamizada para a re-examinar os documentos de Política Nacional de Saúde (PNS), do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e da Carta Sanitária.

As diferentes estruturas do Ministério da Saúde agiram como se fossem partes independentes e não relacionadas entre si. O Conselho de Direcção, que se constituía como órgão interno de coordenação, deliberação, consulta e prestação de contas não funciona de forma regular há bastante tempo.

Em 2007 o Ministro de Saúde preconizou a adopção do conceito da saúde de família, mas o conceito ainda não foi posto em prática. Setenta por cento da população tem acesso a uma unidade sanitária a menos de uma hora. Contudo a inacessibilidade geográfica (vide

**Mapa 1:** Distribuição de unidades de saúde por distrito sanitário, 2007



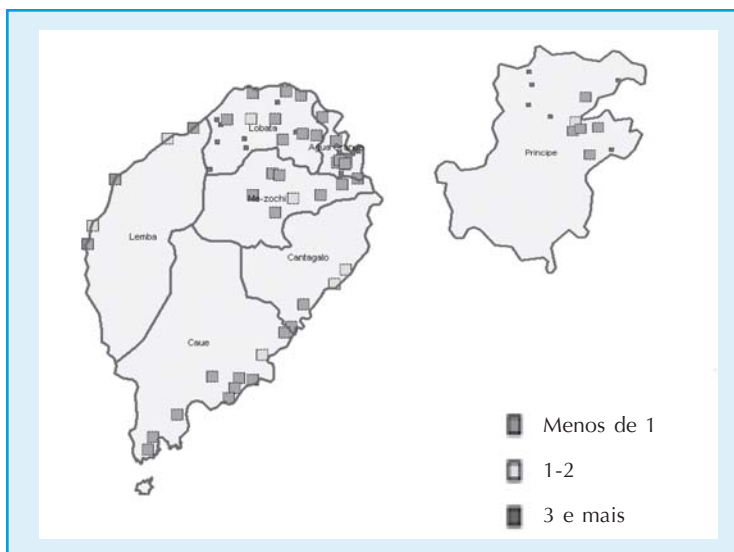
Fonte: MINSAU, Cartografia sanitária, 2007.

Mapa 1) e financeira aos cuidados especializados é particularmente reduzida para as populações de Príncipe, Lembá e Caué, cujos índices de pobreza são os mais elevados, embora algumas consultas de especialidade (cirurgia geral, medicina interna e ginecologia) sejam feitas regularmente nos distritos com financiamento do Estado e do Projecto Saúde Para Todos.

### ● Recursos humanos

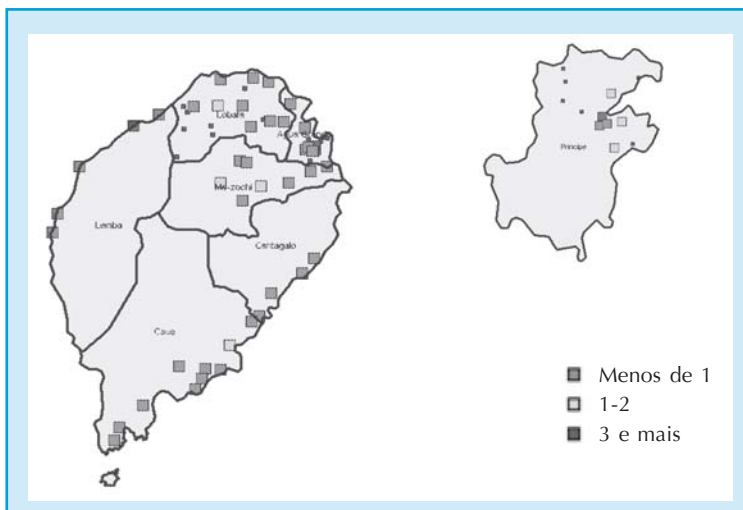
Persistem a insuficiência em número e, particularmente, em qualidade do pessoal técnico a todos níveis e dos programas do sistema de saúde, bem como a desigualdade na distribuição geográfica, que deixa desfavorecidas as unidades sanitárias periféricas (Mapa 2 e 3).

**Mapa 2:** Número de médicos por unidade sanitária periférica, Agosto de 2007



Fonte: MINSAU, Cartografia sanitária, 2007.

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



Fonte: MINSAU, Cartografia sanitária, 2007.

Muitos factores, tais como a baixa remuneração, 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 dos agentes da saúde, levando ao absentismo ou procura de fontes complementares do salário oferecido pelo Estado, ao desinteresse pelo trabalho e à fuga para sectores mais atractivos ou para o estrangeiro. Por outro lado, há a registar a fraca capacidade de formação do Instituto de Ciências da Saúde e a sua inadequação às necessidades do país em formação de base e em formação contínua, bem como a fragilidade e indefinição do papel do departamento de recursos humanos.

O Governo inscreveu no Projecto de Apoio ao Sector Social (PASS) uma consultoria internacional para elaboração de uma política e de um plano de recursos humanos para a saúde.

## ● **Medicamentos essenciais e tecnologias da saúde**

### **Medicamentos essenciais**

O sector farmacêutico nacional enfrenta presentemente enormes desafios, entre os quais se referem as insuficiências de ordem organizacional, programática e de gestão, a inexistência/inadequação de instrumentos de política e de legislação farmacêutica, e de directrizes. A multiplicidade não coordenada de fontes de aprovisionamento e as frequentes roturas de reservas de medicamentos, reagentes, e outros produtos estratégicos têm uma repercussão negativa na qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Em 2007 tiveram início intervenções destinadas a inverter a situação.

### **Tecnologias da saúde**

A política nacional de transfusão sanguínea foi adoptada pelo Conselho de Ministros. Foi lançada uma campanha de dádiva benévola com a participação de líderes políticos e da sociedade civil, tendo tido como resultado o aumento da percentagem de sangue proveniente de dadores benévolos de 5%, em 2005, para 26,4%, em 2007. O grande desafio consiste em instituir o Programa Nacional de Transfusão de Sangue.

De um modo geral, as infraestruturas sanitárias carecem de alguns equipamentos e não existe uma política de manutenção preventiva e de standardização dos equipamentos. Nenhum distrito dispõe de equipamento de radiologia, à excepção de Água Grande. Os equipamentos de diagnóstico laboratorial não estão estruturados nem são sujeitos a controlo de qualidade.

### ● **Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS)**

O Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS) confronta-se com enormes desafios de liderança entre as quais se destacam os seguintes:

- i) falta de serviço e responsável a nível central,
- ii) ausência de directrizes para a gestão e de formação de prestadores de serviços,
- iii) deficiente supervisão, e
- iv) a ausência de uma abordagem às questões de género.

Em paralelo, alguns programas, tais como os da saúde reprodutiva, paludismo, SIDA, entre outros, conti om o PASS. Um banco de dados sobre a gestão do saneamento do meio está a ser construído com apoio de UNICEF, estando a ser promovida a utilização do DEV-INFO para o seguimento de alguns indicadores dos ODM. Persiste a situação de deficiências relacionadas com documentação, pesquisa, ou arquivo, como uma biblioteca virtual.

### ● **Parceria, coordenação e mobilização de recursos**

A falta de mecanismos bem estabelecidos de coordenação das parcerias dificulta a obtenção e a optimização da utilização dos recursos. A frágil colaboração e coordenação entre os programas e outras instituições do Ministério da Saúde, bem como o incipiente quadro de planeamento, de concertação e de coordenação da parceria constituem importantes factores que dificultam a obtenção de progressos neste domínio. O ano 2006 caracterizou-se por esforços tendentes a transformar o CCM num mecanismo para assumir a coordenação de todas intervenções do sector da saúde. Os desafios que se apresentam neste domínio prendem-se com o desenvolvimento de capacidades nacionais para a coordenação das parcerias em saúde, o reforço da colaboração intersectorial e intrasectorial e o aproveitamento do intenso movimento financeiro mundial em prol da luta contra as principais endemias, enquadrado no “*International Health Partnership plus*” e dum revigorado activismo das organizações de sociedade civil e de base comunitária, do sector privado e das próprias comunidades.

### ● **Financiamento do sistema nacional de saúde**

O sector não possui informações exactas sobre o custo da saúde nem das contribuições das várias fontes de financiamento. Com a assistência técnica da OMS, foi iniciado em 2006, o processo de elaboração das contas nacionais da saúde, que ainda não estão estabelecidas, não se tendo definido onde este mecanismo ficaria sediado. O orçamento do Estado afectado ao sector da saúde decresceu de 18%, em 2004, para 10%, em 2007. Por conseguinte, o sector está muito dependente, para suas acções, da ajuda externa, o que mina a sustentabilidade das intervenções regularmente empreendidas.

## **2.2.2 Luta contra as doenças**

### **● Combater o VIH/SIDA, paludismo e tuberculose**

Os programas de luta contra as três doenças estão integrados no Centro Nacional de Endemias (CNE), mas os mecanismos de concertação e coordenação entre os mesmos são ainda incipientes por serem geridos por unidades técnicas ou programas diferentes.

O Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP) beneficia do apoio de vários parceiros no âmbito da implementação do plano estratégico 2001-2010. O PNLS tem menor apoio para implementação do plano estratégico de luta contra o VIH/SIDA 2004-2008. No caso do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNLT), os recursos para implementação do plano estratégico de controlo da tuberculose 2007-2011 são quase inexistentes. Os três programas continuam a realizar as suas prestações a partir da capital do país de maneira vertical, sem integração entre eles, embora estejam todos domiciliados no CNE.

### **Luta contra o VIH/SIDA**

A epidemia está em rápida expansão, tendo a prevalência passado de 0,1%, em 2001, para 1,5%, em 2005. O Governo declarou 2006 o “Ano da Aceleração da Prevenção” e elaborou o seu Plano de Aceleração da Prevenção em 2006, bem como o plano de desenvolvimento laboratorial, em 2007, e os planos sectoriais dos ministérios da Educação, Justiça e Comunicação Social. Mobilizou recursos adicionais junto do Brasil, agências do SNU, Fundo Global para a SIDA, Tuberculose e Paludismo e a ONG Instituto Marquês de Valle Flôr. Graças a este apoio, as actividades de prevenção e tratamento foram implementadas em quase todos distritos sanitários.

A implementação do PEN 2004-2008 encontra, entre outros, os seguintes constrangimentos: a fraqueza de monitorização e avaliação, a ausência de um sistema de vigilância de segunda geração, o facto de o Secretariado Executivo da Comissão Nacional de Coordenação e Luta contra a SIDA não estar operacional, a elevada estigmatização e discriminação, ao nível da população, das pessoas que vivem com VIH/SIDA, a fraca participação destas e dos grupos vulneráveis, a não implementação dos planos sectoriais já existentes ou a ausência dos mesmos nalguns sectores nacionais importantes como o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e nos sectores económicos.

### **Luta contra a tuberculose**

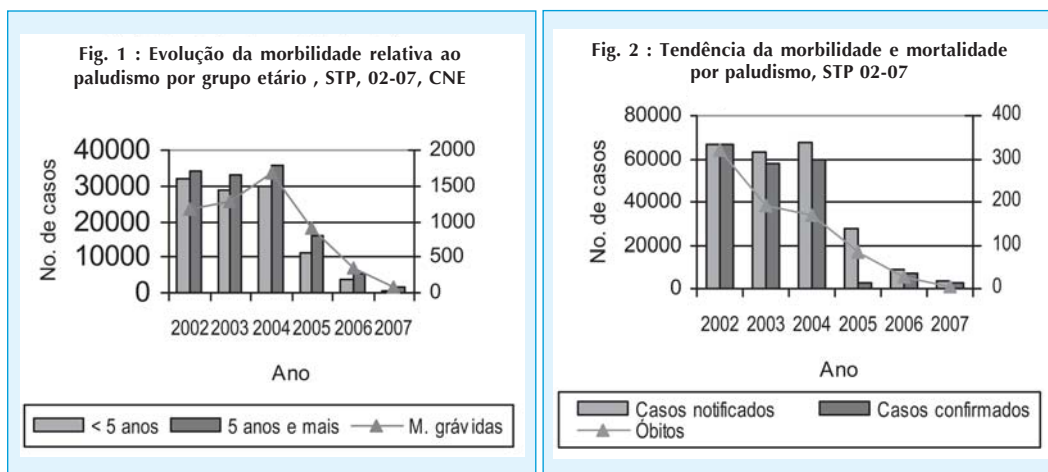
Apesar de a política e a Estratégia Nacional de Luta contra a Tuberculose 2007- 2011 terem sido aprovadas pelo Governo em 2006, a luta contra a tuberculose não foi descentralizada à deficiente gestão do programa, criando uma barreira ao diagnóstico e tratamento para os doentes que vivem nas zonas de difícil acesso e longe da capital. Por este mesmo facto, a terapêutica de observação directa de curta duração (DOTS) é feita somente durante os primeiros dois meses de tratamento, 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 DOTS a todos os distritos constitui um dos grandes desafios. Entre outros desafios referem-se: a melhoria do sistema de aprovisionamento e de gestão dos medicamentos, a definição de mecanismos de colaboração TB/VIH, a luta contra a tuberculose multirresistente aos medicamentos (TB-MR), o reforço da capacidade de monitorização e avaliação, o reforço do laboratório do Hospital Ayres de Menezes (HAM) para desempenhar

o papel de laboratório nacional de referência e o reforço da capacidade de gestão do programa de luta contra a tuberculose.

## Luta contra o paludismo

A implementação das intervenções relativas ao paludismo, nomeadamente a pulverização intradomiciliar (PID), a utilização do mosquiteiro tratado com insecticida (MTI) e a associação medicamentosa à base de artemisinina (ACT) têm registado progressos consideráveis, com impactos visíveis na morbilidade e mortalidade por esta doença (Figura 1, e 2).



O aumento da utilização dos MTI pela população (Quadro 2) é um desafio a superar, pois apesar de se ter registado um aumento na percentagem dos domicílios com pelo menos dois MTI, a utilização tende a diminuir. 96,9 % das mulheres seguidas nos CPN tem acesso ao tratamento preventivo intermitente (TPI) no segundo e terceiro trimestre da gravidez. No terceiro ciclo de pulverização, 87,2 % das casas foram pulverizadas. A actual situação epidemiológica impõe que o país proceda a uma avaliação do seu Programa de Luta contra o Paludismo, de modo a redefinir estratégias compatíveis e a garantir a sustentação dos resultados alcançados com o apoio dos parceiros, evitando a repetição do cenário de 1983, em que, após uma redução considerável da morbilidade e da mortalidade por paludismo o país viu-se mergulhado numa epidemia. O reforço da coordenação das intervenções dos diferentes parceiros da luta contra o paludismo constitui também um desafio a superar.

**Quadro 2: Cobertura da utilização dos MTI**

Indicador	Valores em	
	2005	2006
% agregados familiares. com 1-2 MTI	55,3	
% <5 anos que dormem sob MTI	57,9	53,5
% Mulheres grávidas que dormem sob MTI	56,3	41,3

Fonte: PNLP

### ● Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Integrando-se num subsistema do SIS, 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 (VRID).

É necessário estabelecer urgentemente uma autoridade nacional para organizar e gerir em rede os laboratórios do Sistema Nacional de Saúde, assegurar uma eficaz aquisição e gestão coordenadas de seus equipamentos e reagentes, a formação e a supervisão do pessoal técnico. 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 actividades de vigilância constituem entraves de relevo para um desempenho eficaz desse sector.

O maior desafio para os próximos anos consiste em estabelecer prioridades para a rede nacional dos laboratórios e a disponibilização de fundos do OGE para as actividades de vigilância e a coordenação que se propõe entre as actividades de vigilância e do SIS. Torna-se necessário ainda activar os comités de luta contra as epidemias ao nível dos distritos e melhorar o funcionamento da Comissão do Ministério da Saúde para as situações de emergência sanitária.

### ● **Problemática das doenças não transmissíveis**

As doenças não transmissíveis (DNT) constituem importantes causas de morbilidade e de mortalidade nos registos hospitalares, escasseando, no entanto, informações factuais sobre as mesmas. Com vista a medir a sua verdadeira magnitude, foi realizada, em 2006, com o apoio da OMS, uma acção de formação dos quadros do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística sobre a abordagem faseada à vigilância dos factores de risco (STEPS). Foram elaborados os protocolos terapêuticos para a diabetes e a hipertensão arterial, bem como o Plano de Visão 2020. Os decisores políticos foram sensibilizados sobre a importância dos factores de risco das doenças não transmissíveis. No entanto, não é dada a devida atenção a algumas DNT, tais como as doenças nutricionais, a drepanocitose, as neoplasias e do foro da saúde mental.

O maior desafio consiste em levar a cabo o inquérito STEPS sobre os factores de risco das DNT em 2008 e, com os dados obtidos do mesmo, elaborar e implementar políticas e estratégias para o seu controlo.

## 2.2.3 Incrementar acções para a redução da mortalidade infantil, juvenil e materna

### ● **Saúde da criança e do adolescente**

Os bons indicadores relativos à saúde da criança (ver os indicadores no Quadro 3) são o fruto da integração e colaboração dos programas que lidam com a saúde da criança, nomeadamente AIDI, o Programa de Saúde Reprodutiva, o Programa Alargado de Vacinação, a distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida e a distribuição de suplementos de vitamina A.

**Quadro 3 : Indicadores de ODM 1 e ODM 4**

Indicadores	Valores em	
	2000	2006
Prevalência da insuficiência ponderal moderada em crianças com menos de 5 anos (%)	12,9%	9,2
Prevalência da insuficiência ponderal severa em crianças com menos de 5 anos (%)	3,6%	1,4
% de crianças com <b>baixo peso à nascença</b> (inferior a 2,5Kg)	15.1	7.8
Taxa de mortalidade neonatal-infantil (%0)	97	66
Taxa de mortalidade infantil (%0)	63	45
Percentagem de crianças com menos de 1 ano vacinadas contra o sarampo	69%	83,4%

Fonte: MICS 2000 e 2006.



Com o apoio de parceiros bilaterais, multilaterais e ONGs foram elaborados o Plano Pluri-Anual completo para a vacinação (PPAc) para o período 2008-2012 e os planos estratégicos 2008-2012 de AIDI - comunitária e da saúde dos adolescentes e jovens.

Porém, face ao aumento observado de número de casos de gravidez precoce, interrupções voluntárias da gravidez, abuso de álcool e violência entre os adolescentes, 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. O aumento da percentagem de crianças com menos de 12 meses que receberam todas as vacinas constantes do programa nacional de vacinação é um outro desafio para as autoridades nacionais. Estes desafios representam um apelo a que as autoridades do Ministério e dos responsáveis proporcionem devida apropriação dos programas.

## ● Saúde materna

Desde 2004, ano em que se atingiu 16 óbitos maternos por ano, a situação relativa à mortalidade materna é ainda preocupante, como se pode ver no Quadro 4. As principais causas da morbi-mortalidade materna são a idade prematura das primíparas, o seu 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.

Após a esperada validação e aprovação do roteiro nacional para a redução da mortalidade materna e neonatal, as autoridades nacionais devem mobilizar recursos adicionais para a sua implementação, incluindo monitorização e avaliação, e envidar esforços para que, doravante todos grupos e organizações com interesse na saúde materna e neonatal utilizem este instrumento.

**Quadro 4: Situação dos Indicadores do ODM 5: melhorar a saúde materna**

Indicadores	Valores em		
	2005	2006	2007
Número de óbitos maternos	8	4	8
Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	90,7%	80,7%	94%
Taxa de prevalência de contraceptivos	47,2%	38,1%	45%
Taxa de nascimento em adolescentes	11%	11,2%	12,6
Cobertura antenatal	94,2%	93,8%	95,2%

Fonte: Programa de Saúde Reprodutiva (PSR), Ministério da Saúde.

### 2.2.4 Promoção e protecção da saúde

#### ● Promoção da saúde

Foram elaboradas estratégias isoladas de comunicação para a luta contra determinadas doenças, como o paludismo e o VIH/SIDA. Têm sido desenvolvidas campanhas de comunicação visando a mudança de comportamento dirigidas à população em geral e particularmente aos grupos mais vulneráveis, com a colaboração das ONGs, e difundidas através dos órgãos de comunicação social.

A fraqueza do quadro organizacional de colaboração entre a saúde e os diferentes parceiros que intervêm neste domínio, a falta de clareza sobre o enquadramento da estrutura



do MINSA responsável pela coordenação das acções de promoção de saúde constituem os principais constrangimentos, aos quais se associa a 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, a partir da Saúde e de outros sectores.

### ● Protecção da saúde

O acesso à água potável é ainda muito reduzido. Com efeito, a cobertura é de 38% (QUIBB de 2005), embora a população com acesso à água e à água canalizada seja de 96,8% e 88,7 %, respectivamente. No que se refere ao saneamento, a situação é igualmente má. 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 dejectos 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. São Tomé e Príncipe carece de uma política nacional da água, sendo a gestão da água feita de forma sectorial, sem mecanismos eficazes de concertação entre os diversos actores e de coordenação global entre os diversos utilizadores da água. Todavia, o país dispõe de um Código da Água e o Plano Director de gestão dos resíduos sólidos encontra-se em fase de aprovação.

Existe o mapeamento de riscos de catástrofes naturais, tais como desabamentos de terras, inundações, naufrágios, e epidemias de doenças infecciosas como a cólera (2005/2006), que podem causar numerosos feridos, doentes ou óbitos e avultados prejuízos económicos e sociais. No entanto, São Tomé e Príncipe não dispõe de uma política de capacidade institucional instalada e de um plano de contingência para a redução da vulnerabilidade e dos riscos sanitários, bem como para a preparação e resposta rápida à situações de emergência devido à catástrofes naturais e outras.

É de destacar a elaboração do documento de política de saúde e ambiente, que importa concluir, bem como de outros documentos multisectoriais, nomeadamente a Estratégia Nacional e Plano de Acção da Biodiversidade; o Plano Nacional para a implementação da Convenção de Estocolmo sobre os Poluentes Orgânicos Persistentes (2006); o Diagnóstico de situação para o monitorização do ambiente costeiro e marítimo na RDSTP e o Plano Nacional de Adaptação às Variações Climáticas, cuja implementação enfrenta dificuldades de financiamento.

É importante a elaboração, num futuro próximo, de documentos como o Plano de Acção de Saúde e Ambiente, a política nacional de água e de saneamento, bem como a revisão do Código Sanitário Nacional e a conclusão da elaboração do documento de política de saúde e ambiente. Há que sensibilizar os decisores políticos para a formação e o reforço de capacidades dos recursos humanos nas áreas da saúde e ambiente.

## 2.3 OS DESAFIOS PARA A NOVA ECP

Da análise da situação podemos reter como maiores desafios que São Tomé e Príncipe enfrenta para os que a OMS se propõe contribuir:

- Reforma do sector e do Ministério da Saúde.
- Consideração da abordagem género, e direitos humanos.
- Adopção de políticas nacionais para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, do financiamento do sector, do acesso aos medicamentos e tecnologias

essenciais da saúde, do Sistema de Informação Sanitário e a definição dum pacote de intervenções essenciais integradas para acelerar o acesso universal, a todas famílias, às prestações de serviços integrados.

- Aplicação efectiva das opções políticas de descentralização e de reforço dos distritos sanitários.
- A melhoria da resposta do sistema de saúde às necessidades de proporcionar um acesso equitativo aos 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.
- Promoção das parcerias, coordenação interna e intersectorial dos parceiros e mobilização de recursos.
- Redução da carga sanitária e socioeconómica das doenças transmissíveis, tais como o VIH/SIDA, tuberculose e o paludismo, e das catástrofes naturais.
- Melhoria da gestão dos resíduos biomédicos e hospitalares e das substâncias químicas e/ou de produtos resultantes de sua deterioração.
- Controlo das doenças não transmissíveis crónicas, privilegiando as medidas de redução dos factores 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.

## SECÇÃO 3

### APOIO AO DESENVOLVIMENTO E PARCERIAS

O apoio das parcerias, devidamente coordenado e utilizado, é fundamental para o desenvolvimento da RDSTP. Embora não se disponha de dados reais relativos às ajudas ao desenvolvimento no sector da saúde, sabe-se que grande parte do financiamento do sector provém da contribuição externa dos parceiros para o desenvolvimento. Daí a importância que o Ministério da Saúde atribui ao relacionamento com os parceiros, tendo criado um Gabinete no seu seio para o efeito.

O Conselho de Ministros, em 25 de Janeiro de 2007, aprovou a criação do 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. O Decreto estipula que o Gabinete deve funcionar junto do Ministério do Plano e Finanças sob a tutela da Direcção do Tesouro. O mesmo Decreto também prevê a criação dos órgãos de coordenação, supervisão, seguimento e avaliação das actividades do Gabinete, tratando-se de Conselho Interministerial, Conselho Consultivo e Conselho de Concertação.

#### 3.1 FLUXO DAS AJUDAS AO DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DA SAÚDE

Não existe qualquer documento oficial do país que defina a política do Governo em matéria de Ajuda Pública ao Desenvolvimento do sector da saúde. A capacidade para negociar acordos é fraca, muito menos ainda para implementar, monitorizar e avaliar os referidos acordos. Assim, as oportunidades de reforço de parcerias para o desenvolvimento sanitário que têm surgido não têm sido devidamente exploradas.

Os fluxos de informação e das relações entre o Governo e os doadores são ditados pela assinatura de acordos entre cada um dos parceiros técnicos e financeiros e os diferentes ministérios. As organizações especializadas do sistema das Nações Unidas estabelecem as suas relações de trabalho com os ministérios técnicos das áreas da sua competência.

As parcerias de desenvolvimento no país constituem-se em vários níveis: multilateral, bilateral e com as ONGs. As políticas e estratégias de intervenção têm-se caracterizado pela natureza dos mandatos dos parceiros e de acordo com os interesses de uns e de outros, o que nem sempre corresponde às reais necessidades e prioridades locais.

Relativamente aos parceiros multilaterais, a colaboração é estabelecida e planificada de forma conjunta (com a colaboração activa e directa de ambas as partes: doador-receptor) em função da indicação das necessidades pelas autoridades do país. O apoio é fornecido através de assistência técnica, meios e equipamentos para o reforço das capacidades locais e o desenvolvimento dos programas do país.

Como consequência da fraca capacidade para coordenar as ajudas, têm surgido alguns constrangimentos, nomeadamente, duplicação de actividades, deficiente utilização de recursos humanos, financeiros e materiais, o não aproveitamento da relação custo-benefício, impacto dos resultados muitas vezes não desejados, interesses nem sempre transparentes.

A Ajuda Pública ao Desenvolvimento no sector da Saúde concretiza-se predominantemente através da implementação de projectos. Os novos procedimentos da Declaração de Paris concernentes ao Apoio Directo ao Orçamento ou apoio sectorial não estão ainda a ser postos em prática. Deve-se reconhecer as dificuldades encontradas na abordagem de diferentes projectos, sobretudo no que diz respeito à grande complexidade dos procedimentos dos países doadores e à ausência de controlo dos fluxos de desembolso. Os atrasos na implementação são atribuídos frequentemente ao Governo quando, na realidade, em muitos casos, essa responsabilidade deve ser partilhada entre ambas as partes.

### 3.2 OS PRINCIPAIS PARCEIROS DE DESENVOLVIMENTO E SEUS DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO

**No conjunto dos parceiros mais importantes que actuam na área da saúde destacam-se:**

- a) da cooperação bilateral: Portugal, França, Brasil, EUA, Cuba, Espanha e Japão;
- b) da cooperação multilateral: PNUD, UNICEF, UNFPA, BAD, GAVI, Fundo Global e das ONGs, o Projecto de Saúde para Todos e a Cruz Vermelha. As principais intervenções dos parceiros (Quadro 5) podem ser resumidas nas seguintes 11 categorias:
  - i) formação e luta contra endemias, tais como o paludismo, VIH/SIDA, TB e outras endemias;
  - ii) assistência técnica na área preventiva e curativa;
  - iii) boa governação e gestão;
  - iv) coordenação e financiamento das ONGs;
  - v) saúde sexual e reprodutiva e questões de género;
  - vi) suporte alimentar às PVVIH e às cantinas escolares;
  - vii) água, saneamento e luta contra as doenças de origem hídrica;
  - viii) introdução de novas vacinas;
  - ix) desenvolvimento de infraestruturas;
  - x) Sistema de Informação Sanitária; e
  - (xi) comunicação com vista à mudança de comportamentos.

**Quadro 5: Principais áreas de intervenção dos parceiros no sector da saúde em 2006**

Parceiros	Nível de intervenção	Principais intervenções
<b>Bilaterais</b>	<b>Bilaterais</b>	
Portugal	Central	Evacuação e tratamento de doentes
Portugal	Central	Luta contra o paludismo
Portugal	Central	Financiamento de algumas ONGs
EUA	Central	Luta contra o VIH/SIDA (doação de ARV)
Brasil	Central	Desenvolvimento de capacidades (formação)
Brasil	Central	Apoio a participação em conferências
França	Central	O tipo de cooperação não está especificado, no entanto se efectua sempre que o Ministério da Saúde o solicita
EUA	Central	Programas de investimento: infraestruturas, materiais e equipamentos
EUA	Central	Luta contra o paludismo, VIH e outras doenças endémicas
Cuba	Periférico	Assistência técnica com missões médicas
Taiwan	Central	Luta contra o paludismo, assistência com missões médicas, desenvolvimento de infraestruturas; formação, conferências, estágios
<b>Multilaterais</b>		
PNUD	Central	Boa governação e gestão
PNUD	Central	Desenvolvimento de capacidades
PNUD	Central	Redução da pobreza
PNUD	Central	Gestor da unidade de Fundo Global para a gestão das intervenções em relação ao paludismo e VIH/SIDA
UNICEF	Central e periférico	Serviços de saúde de base (prevenção e luta contra as doenças, suplementação em vitamina A, nutrição)
UNICEF	Central	Políticas sociais e sectoriais relativas às crianças e às mulheres
UNICEF	Periférico	Intervenções de base comunitária (AIDI, Organização dos Comités de Saúde Comunitária)
UNFPA	Central	Serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva
UNFPA	Central	Censo da população e apoio ao IDS
UNFPA	Central	No domínio de desenvolvimento
UNFPA	Central	Questões relativas ao género
PAM	Central/periférico	Suporte alimentar PVVIH
PAM	Central/periférico	Suporte cantinas escolares
BAD	Central	Projecto de água, saneamento e luta contra as doenças de origem hídrica

Fundo Global	Central	Luta contra o paludismo, VIH-Sida e tuberculose
GAVI	Central	Introdução de novas vacinas
Banco Mundial/ASS	Central/periférico	Desenvolvimento de infraestrutura e equipamentos
Banco Mundial PASS	Central/periférico	Desenvolvimento de recursos humanos
Banco Mundial/ASS	Central/periférico	Assistência técnica
Banco Mundial/PASS	Central/periférico	Apoio à coordenação das ONGs através do FONG
Banco Mundial/PASS	Central/periférico	Desenvolvimento do SIS
Banco Mundial/PASS	Central/periférico	Apoio aos programas de paludismo e VIH/SIDA
Banco Mundial/PASS	Central/periférico	Apoio ao IDS
<b>ONGs</b>		
ASPF	Periférico	Cuidados assistenciais
ASPF	Periférico	CMC (comunicação para mudança de comportamento)
ASPF	Periférico	ATV (aconselhamento e testagem voluntária)
Alisei	Periférico	Abordagem junto dos grupos de risco (trabalhadores de sexo)
Alisei	Periférico	Gestão de preservativos
Alisei	Periférico	CMC
ADRA	Periférico	Luta contra o paludismo
ADRA	Periférico	Luta contra o VIH/SIDA
ADRA	Periférico	Vigilância da criança
ADRA	Periférico	Saúde materno-infantil
Médicos do Mundo	Periférico	CMC
Médicos do Mundo	Periférico	GATV (Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária)
Cruz vermelha	Periférico	Programas de saúde preventiva
Valle Flor (*)	Periférico	Programas de saúde preventiva e curativa
Valle Flor (*)	Periférico	Reabilitação de infraestrutura, água e saneamento
Valle Flor (*)	Periférico	Apoio em medicamentos, reagentes, equipamentos, viaturas, formação
Valle Flor (*)	Periférico	Assistência com consultas especializadas nos distritos

(\*) (Projecto de Saúde para Todos, IPAD, Fundação Calouste Gulbenkian)

**Fonte:** i) Estratégia de Cooperação da OMS/RDSTP-2006-09  
ii) Acta da reunião dos responsáveis do MINSA e da OMS para o mapeamento dos parceiros, Julho 2007.

## SECÇÃO 4

### QUADRO DAS POLÍTICAS DA OMS: ORIENTAÇÕES MUNDIAIS E REGIONAIS

A Organização Mundial da Saúde tem vindo a realizar mudanças significativas em relação à sua actuação, com o objectivo de ajudar os Estados-Membros a encontrarem respostas eficazes aos seus problemas e desafios de saúde mais importantes e alcançarem as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde.

#### 4.1 MISSÃO E OBJECTIVOS

A missão mais importante da OMS é “a obtenção, por todos os povos da Região Africana, do mais alto nível de saúde possível” (artigo 1º da Constituição da OMS). A estratégia de colaboração, o 11º Programa Geral de Trabalho 2006-2015 e as orientações estratégicas para as acções da OMS na Região Africana no período 2005-2009 delineiam claramente a maneira como a Organização perspectiva a sua contribuição para a saúde. A OMS pretende dar resposta às varias preocupações de saúde dos Estados-Membros, incluindo a consecução das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, através do reforço da sua capacidade técnica, de liderança em matérias de políticas de saúde e capacidade de gestão.

#### 4.2 FUNÇÕES PRINCIPAIS

Para realizar as suas acções, a OMS, orienta-se objectivamente pelas suas funções principais que são baseadas em vantagens comparativas. As funções são:

- Assunção de liderança em questões de capital importância para a saúde e constituir parcerias onde as acções conjuntas são necessárias.
- Produção de normas e padrões, promover e monitorizar a implementação das mesmas.
- Prestação de apoio técnico, facilitação de mudanças e criação de capacidades institucionais sustentáveis.
- Monitoriza a situação da saúde e avalia as suas tendências.
- Articula as opções políticas delineadas com base em visões ética e factual.
- Adapta a agenda de investigação e incentivar a sua implementação.

#### 4.3 AGENDA MUNDIAL DE SAÚDE

De forma a dar resposta às lacunas relativas às políticas de justiça social, responsabilidade, implementação e conhecimento, a agenda mundial de saúde identifica sete áreas de intervenção prioritárias:

- i) investimento na saúde para reduzir a pobreza;
- ii) garantia da segurança de saúde individual e colectiva;
- iii) promoção da cobertura universal, igualdade de género e dos direitos humanos relacionados com a saúde;
- iv) gestão dos determinantes da saúde;
- v) reforço da boa governação, de liderança e de responsabilidade;
- vi) reforço do sistema de saúde e promoção do acesso equitativo e
- vii) aperfeiçoamento de conhecimento, ciência e tecnologia.

Ainda no âmbito das respostas que a Organização almeja dar aos problemas através da Agenda Mundial, a Directora-Geral da OMS, propõe realizar seis pontos adicionais: 1. Desenvolvimento da saúde, 2. Segurança na saúde, 3. Sistemas de saúde, 4. Bases factuais para a implementação de estratégias, 5. Parcerias, 6. Melhoria do desempenho da OMS. A Directora-Geral da OMS refere ainda que o sucesso da organização deve ser baseado em resultados sobre a saúde da mulher na população africana.

#### 4.4 ÁREAS PRIORITÁRIAS A NÍVEL MUNDIAL

As áreas de prioritárias a nível mundial identificadas aquando do 11.º Programa Geral de Trabalho incluem:

- i) fornecimento de ajuda aos países de modo a alcançarem a cobertura universal com intervenções eficazes de saúde pública;
- ii) reforçar a segurança mundial da saúde;
- iii) conceber e sustentar acção através dos sectores de modo a modificar o comportamento, os determinantes económicos e ambientais da saúde;
- iv) reforçar as capacidades institucionais para fornecer as intervenções essenciais de saúde pública sob orientação e forte liderança do Ministério da Saúde;
- v) reforçar a liderança da OMS a nível mundial e regional e apoiar o trabalho de boa governação a nível do país.

#### 4.5 ÁREAS PRIORITÁRIAS A NÍVEL REGIONAL

As áreas de prioridade regional foram concebidas a partir de uma série de documentos, entre eles, os do Conselho Executivo da OMS (documentos mundiais, resoluções, ODM, estratégia de saúde da NEPAD, resoluções de saúde adoptadas pelos responsáveis da organização da União Africana e dos objectivos estratégicos organizacionais que foram destacados no Plano Estratégico a Médio Prazo (PEMP 2008-2013). Estas prioridades regionais estão definidas nas "Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana 2005-2009. Elas incluem a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a saúde materno-infantil, situações de emergência e acção humanitária, promoção da saúde e elaboração de políticas para a contribuição da saúde para o desenvolvimento, elaboração de políticas para o desenvolvimento da saúde e outros determinantes da saúde. Outros objectivos cobrem as áreas de saúde e meio ambiente, segurança alimentar, sistemas de saúde (política, prestação de serviços, financiamento, tecnologias e laboratórios), boa governação e parcerias, gestão e infraestruturas.



Para além das prioridades anteriormente referidas, a Região deliberou ajudar os países no sentido de alcançarem os ODM, e assistir na resolução dos desafios ligados aos recursos humanos. Em colaboração com outras agências, será solucionado o problema de como orientar os países a encontrarem, por si próprios, resposta financeira para a consecução dos objectivos. Para o cumprimento desses desafios adicionais, uma das prioridades importantes da Região é a descentralização e a constituição das Equipas de Apoio Interpaíses, que deverão assistir cada Estado-Membro no seu processo de descentralização.

A solução efectiva das prioridades definidas deve passar pelas seguintes orientações estratégicas:

- Reforço das representações da OMS nos países.
- Melhoria e alargamento das parcerias.
- Apoio à planificação e gestão dos sistemas de saúde ao nível dos distritos.
- Promoção e expansão das principais intervenções de saúde relacionadas com os problemas prioritários, e
- Aumento da confiança e resposta as principais determinantes da saúde.

#### **4.4 TORNAR A OMS MAIS EFICAZ AO NÍVEL DO PAÍS**

Os resultados das acções da estratégia de cooperação da OMS ao nível do país deverão variar de país a país, dependendo do contexto específico e dos desafios da área da saúde. Contudo, as seis funções cruciais da OMS decorrentes a do seu mandato e das suas vantagens comparativas, como esboçado na presente Secção 4 podem ser ajustadas para responder às necessidades dos países individualmente.

## SECÇÃO 5

### ACTUAL COOPERAÇÃO DA OMS

A OMS e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe têm colaborado desde 9 de Maio de 1976, momento em que o País se tornou membro da Organização.

Na programação do biénio em curso, a distribuição dos recursos está em concordância com as prioridades nacionais, sendo o documento de referência o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

A programação do biénio 2008-2009 foi baseada no Plano Estratégico de Meio Prazo 2008-2013 da OMS. Este plano reflecte as funções essenciais e os resultados mais importantes da OMS e dos povos, em prol dos quais a OMS vem trabalhando no sentido de obter maior coerência e eficácia.

O plano estratégico 2008-2013 fornece à Organização a orientação estratégica necessária para os seis anos considerados na base da acção de saúde mundial e das funções essenciais enumeradas no 11º Programa Geral de Trabalho.

O referido plano também considera os sete domínios dos quais foram retirados os resultados que se seguem: investimento na saúde para reduzir a pobreza; o reforço da segurança sanitária individual e mundial; a promoção da cobertura universal, a igualdade dos sexos e os direitos fundamentais ligados à saúde; actuação nos determinantes da saúde; reforço do sistema de saúde e tornar o acesso mais equitativo; exploração do conhecimento, ciência e tecnologia e, finalmente, o reforço da governação, o papel orientador e a responsabilidade.

Os objectivos estratégicos e as prioridades enumeradas no plano correspondem aos diversos domínios importantes da OMS para o período dos seis anos contemplados. Estas prioridades foram extraídas dos problemas de saúde e das prioridades dos Estados-Membros, tal como estão expressas nas resoluções adoptadas na Assembleia Mundial da Saúde.

#### 5.1 EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA OMS

Parece ter havido um aumento do orçamento em 2006-2007 em relação ao biénio 2004-2005. No entanto, há que ter em conta a depreciação do dólar nos últimos anos, o que faz com que esta tendência não corresponda a um aumento real do orçamento.

**Quadro 6: Orçamento regular e outras fontes, RDSTP 2004-2007**

Biénio	Orçamento ordinário (dólares americanos)	Outras fontes (dólares americanos)	Total (dólares americanos)
2004-2005	1.622.223	193.119	1.815.342
2006-2007	1.820.000	142.598	1.962.598

Fonte: OMS.

Analisando os dois planos de trabalho bienais, a distribuição do orçamento foi a que se observa no Quadro 6.

“O poder de compra diminui, fruto da depreciação da moeda nacional face ao dólar. Deste modo não se pode dizer que o orçamento da OMS aumentou”.

**Quadro 7: Distribuição do orçamento da OMS por domínio de actividade, RDSTP 2004-2007**

Domínio de actividade	Biénio 2004-2005				Biénio 2006-2007			
	RB	%	OS	%	RB	%	OS	%
EDM	22.532	1%		0%	26.000	1%		0
MAL	73.589	5%	20.000	10%	50.000	3%	320	0%
OSD/HRH				0%	170.000	9%		0%
OSD/HSP	250.762	15%	590	0%		0%	763	1%
RHR			2,657	1%		0%	2,657	2%
CAH	18.723	1%		0%	50.000	3%		0%
MPS	96.905	6%		0%	150.000	8%		0%
IVD					20.000	1%		0%
NCD					20.000	1%		0%
CSR	80.330	5%	269	0%	130.000	7%	269	0%
EHA	70.883	4%		0%	26.000	1%		0%
BCT	3.123	0%		0%	40.000	2%		0%
TUB	11.671	1%		0%	30.000	2%		0%
HPR				0%	20.000	1%		0%
PHE	40.746	3%		0%	70.000	4%		0%
HIV/AIDS	73.571	5%	169,603	88%	134.000	7%	138,589	97%
SCC	879.388	54%		0%	884.000	49%		0%
<b>TOTAL</b>	<b>1.622.223</b>	<b>100%</b>	<b>193.119</b>	<b>100%</b>	<b>1.820.000</b>	<b>100%</b>	<b>142.598</b>	<b>100%</b>

Fonte: OMS/AMS 8-12-2007.

O Quadro 7 revela que cerca de 50% dos recursos do orçamento ordinário são afectados ao domínio SCC, através do qual o Escritório Regional Africano da OMS comparticipa nas despesas mundiais decorrentes do uso comum do edifício das Nações Unidas, conforme se pode observar no Quadro 8. Verifica-se, por outro lado, que cerca de 90% dos recursos provenientes de outras fontes são atribuídos ao domínio VIH/SIDA.

**Quadro 8: Comparticipação da OMS nas despesas comuns das Nações Unidas, RDSTP 04-07**

Tipo de despesas	2004	2005	2006	2007
Despesas comuns (DPCA)	45.857	64.896	55.366	56.362
Dispensário	17.319	12.894	16.926	12.651
<b>TOTAL</b>	<b>63.176</b>	<b>77.790</b>	<b>72.292</b>	<b>69.013</b>

Fonte: OMS.

A OMS gasta em média, por ano 70.568 dólares americanos em relação às despesas de serviços comuns (DPCA) e o dispensário.

## 5.2 AS PRINCIPAIS ACTIVIDADES DA OMS NO PAÍS

As actividades da OMS são desenvolvidas de acordo com as necessidades e prioridades expressas pelo país e têm vindo a ser cada dia mais importantes. A equipa-país, dirigida pelo Representante da OMS, é constituída por 11 pessoas, designadamente: cinco profissionais (quatro NPOs e um SSA); um assistente administrativo, duas secretárias e dois motoristas. A equipa tem prestado assistência nos últimos anos nas seguintes áreas:

- i) desenvolvimento do sector da saúde através do apoio à concepção de vários documentos indispensáveis (política de saúde reprodutiva, plano estratégico relativo à iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”, a luta contra o VIH/SIDA, entre outros);
- ii) o diagnóstico de necessidades dos recursos humanos;
- iii) a problemática dos medicamentos essenciais visando a revisão e/ou definição de políticas;
- iv) a gestão de programas específicos para a participação directa na organização dos distritos;
- v) resposta rápida em situações de emergência, nomeadamente às epidemias de diarreia e cólera.

A Organização desempenha o papel de facilitador do apoio dos vários parceiros ao país. Foram organizados encontros destinados a sensibilizar e promover a necessidade de intervir nas áreas prioritárias que merecem atenção particular. Neste sentido, no âmbito do UNDAF, estão em preparação programas conjuntos do SNU para o reforço do sistema de saúde, saúde escolar, entre outros. A OMS está a agir no sentido de defender o estabelecimento a médio e longo prazo da abordagem trans-sectorial (SWAp) na área da saúde para melhor coordenação das intervenções neste sector. Para o efeito, foram encorajados e organizados encontros de planificação e coordenação com a participação dos quadros do Governo, incluindo os delegados distritais de saúde, das ONGs, dos parceiros bilaterais e agências das Nações Unidas.

## 5.3 APOIO DO ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO: EQUIPAS REGIONAIS E INTERPAÍSES

O Escritório Regional Africano da OMS dispõe de uma Equipa de Apoio Interpaíses de profissionais sediados em Libreville, capital da República Gabonesa, que tem como missão facilitar as suas acções nos países da África Central, designadamente em São Tome e Príncipe. Desde a sua criação, o país tem recebido um contributo muito apreciável nos seguintes domínios:

- i) mapeamento da oferta dos serviços de saúde;
- ii) avaliação do programa alargado de vacinação, da cobertura vacinal e do plano estratégico de VIDR e do plano estratégico nacional de luta contra o VIH/SIDA;
- iii) elaboração do roteiro para a redução da mortalidade materna e neonatal;
- iv) elaboração dos planos e guias estratégicos de luta contra a tuberculose, para a saúde dos adolescentes e jovens, para introdução da estratégia AIDI comunitária, para iniciativas de base comunitária em relação ao paludismo, para o reforço da capacidade dos laboratórios para a resposta ao VIH/SIDA, para a Visão 2020;
- v) elaboração da política e estratégia nacional de transfusão sanguínea, e da política de saúde e ambiente;

- vi) formação em metodologia STEPS para estudo de prevalência dos principais factores de risco das DNT;
- vii) capacitação em alguns domínios dos quadros da Representação da OMS e do Governo.

## 5.4 A OMS COMO UMA ENTIDADE NO ÂMBITO DA PARCERIA

O Representante da OMS no país (WR) representa o Director Regional e a Director-Geral da Organização. Deste modo, tem a legitimidade de coordenar todas acções e intervenções junto do governo. No decurso do seu mandato, deve zelar pelos interesses da instituição que representa, nomeadamente em questões que se referem aos apoios que dá, sem contudo pôr em causa os interesses do Estado-Membro.

O Representante coordena e faz a supervisão de todo o apoio da OMS no país. Assim, autoriza as missões das equipas EAI ao país, do Escritório Regional, da Sede e dos centros colaboradores da OMS. Os pedidos de apoio do Governo são também encaminhados e tratados a nível da Representação da OMS no país, que pode dar resposta positiva se a capacidade técnica e/ou financeira estiverem disponíveis. Caso contrário, o pedido é encaminhado para outros níveis da Organização.

A OMS está a investir em meios de comunicação moderna para facilitar as consultas entre os conselheiros dos diferentes níveis da Organização. Com efeito, o GPN está instalado em quase todos os escritórios e foram desenvolvidos programas de formação na utilização de novas tecnologias de comunicação. Prevê-se que, dentro de alguns anos, a Organização funcione usando o GSM, um sistema mundial de gestão único que melhorará a planificação, a execução dos planos de trabalho, a notificação e a tomada de decisões, entre outras vantagens.

## SECÇÃO 6

### AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERAÇÃO ACORDADA COM A OMS PARA 2008-2013

A Estratégia de Cooperação 2008-2013 pretende orientar a intervenção de todos níveis da OMS na RDSTP durante os próximos seis anos. A finalidade desta ECP é contribuir para assegurar acesso, disponibilidade a um custo acessível e qualidade de serviços de saúde a toda a população do país. Resulta dos desafios inventariados a partir da análise das informações da Estratégia de Cooperação precedente, da situação do sector da saúde, das informações sobre as intervenções dos principais actores no sector da saúde (Quadro 5). A nova estratégia inclui, entre outros, as perspectivas de género e direitos humanos. A elaboração desta estratégia contou com a participação de vários actores, incluindo representantes da sociedade civil, elemento que contribui bastante para reflectir os interesses e as necessidades dos grupos mais vulneráveis, criar espaço para mais responsabilidade da parte dos provedores de serviços de saúde e para assegurar o acesso universal sem discriminação, com ênfase para esses grupos.

A OMS pretende reforçar e melhorar o seu papel de aconselhamento técnico e de advocacia, concentrando-se nos quatro domínios seguintes:

- A. Reforço do sistema de saúde, com base na adopção da abordagem dos cuidados de saúde primários;
- B. Promoção do diálogo e da coordenação entre os parceiros da saúde;
- C. Contribuição para o desenvolvimento do país e a luta contra a pobreza através das intervenções essenciais para consecução dos ODM directamente ligados à saúde;
- D. Contribuição para a segurança sanitária.

Para o cumprimento desse papel foram definidas sete prioridades estratégicas, apresentadas no Quadro 9.

**Quadro 9: Prioridades estratégicas da ECP de RDSTP**

Domínio do Programa Mundial de Acção da OMS em 6 pontos	Prioridades estratégicas	Áreas de enfoque principais
A. Reforço do sistema de saúde baseado na adopção da abordagem dos cuidados de saúde primários	1. Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico	1.1 Reforço institucional e organização do sector da saúde 1.2 Reforço na concepção e reformulação de políticas e planos.
B. Promoção do diálogo e da coordenação entre os parceiros da saúde	2. Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos	2.1 Estabelecimento de mecanismos de coordenação
C. Contribuição para o desenvolvimento do país e a luta contra a pobreza, através das intervenções essenciais para consecução dos ODM directamente ligados à saúde	3. Reforço do controlo das doenças transmissíveis	3.1 Consolidação dos resultados da luta contra o paludismo 3.2 Reforço do controlo de VIH/SIDA e Tuberculose 3.3 Controlo de doenças negligenciadas 3.4 Promoção da melhoria da qualidade da água e do saneamento ambiental
	4. Reforço do controlo das doenças crónicas não transmissíveis.	4.1 Estabelecimento de programa de DNT
	5. Promoção de estilos de vida saudáveis 6. Reforço da saúde sexual e reprodutiva	5.1 Promoção de estilos de vida saudáveis 6.1 Promoção da implementação do Roteiro para redução acelerada das mortes maternas e neonatais. 6.2 Reforço da saúde e do bem-estar das crianças, adolescentes e jovens
D. Contribuição para a segurança sanitária.	7. Alerta e resposta às epidemias e situações de emergência	7.1 Prontidão, prevenção e resposta rápida às epidemias e situações de emergência

## 6.1 PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

### A. DOMÍNIO DO PROGRAMA A: Reforço do sistema de saúde baseado na adopção da abordagem dos cuidados primários de saúde

A OMS propõe-se apoiar o país na organização do Sistema Nacional de Saúde para responder às fraquezas que afectam o seu desempenho, através de apoios específicos das suas vertentes na organização dos serviços de saúde, enquanto placa giratória de todas as outras áreas.

## ***Prioridade Estratégica nº1: Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico***

### **1.1 Reforço institucional e organização do sector da saúde**

Será dado apoio para a revisão dos instrumentos estratégicos, tais como a PNS, o PNDS, a Carta Sanitária, a lei orgânica, a definição do perfil, termos de referência e regulamentos de cada estrutura, bem como para a definição e implementação de um pacote de intervenções essenciais integradas e descentralizadas ao nível dos distritos sanitários, à luz da política de descentralização sanitária baseada nos cuidados de saúde primários, em conformidade com as metas referentes aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A OMS também advogará a favor da mobilização de recursos para a implementação destes instrumentos.

### **1.2 Apoio na concepção e reformulação de políticas e planos**

Será prestado apoio ao processo de concepção de políticas e planos a serem reformulados nas áreas estratégicas, nomeadamente, o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, o Sistema de Informação Sanitária, a organização de estudos, inquéritos e jornadas científicas, a organização do financiamento do Sistema Nacional de Saúde, e o acesso aos medicamentos e tecnologias essenciais da saúde.

A OMS apoiará igualmente na definição de uma política de normalização dos produtos médico-cirúrgicos para facilitar sua aquisição e manutenção.

## **B. DOMÍNIO DO PROGRAMA B: Promoção do diálogo e da coordenação entre os parceiros da saúde**

### ***Prioridade Estratégica nº2: Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos***

#### **2.1 Estabelecimento de mecanismos de coordenação**

Apoio à melhoria e consolidação de mecanismos de coordenação intrasectorial, intersectorial e dos parceiros nas intervenções do sector da saúde, na melhoria das intervenções dos níveis central e local, através da formação de profissionais nos domínios de negociação e mobilização de recursos, e no apoio para a criação e o funcionamento de um secretariado executivo para coordenação nacional da parceria na óptica de SWAp.

## **C. DOMÍNIO DO PROGRAMA C: Contribuição para o desenvolvimento do país e luta contra a pobreza através das intervenções essenciais para a consecução dos ODM relacionados com a saúde**

Adequar a resposta do sistema de saúde às necessidades de acesso universal aos serviços essenciais de qualidade para todos os cidadãos de forma a contribuir para o desenvolvimento do país.

### ***Prioridade Estratégica nº 3: Reforço do controlo das doenças transmissíveis***

#### **3.1 Consolidação dos resultados de luta contra o paludismo**

Face aos resultados alcançados na luta contra o paludismo na RDSTP, a OMS irá aumentar o seu apoio para a melhoria e a consolidação destes resultados, apoiando a avaliação do actual programa, a revisão e adequação da estratégia à nova situação epidemiológica e à



respectiva implementação, com particular ênfase no reforço da capacidade de resposta dos distritos para aumentar o acesso aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados.

### **3.2 Reforço do controlo do VIH/SIDA e tuberculose**

A OMS irá apoiar o alargamento da implementação de DOTS, na elaboração e implementação do Plano Estratégico de Luta contra a SIDA de segunda geração, no estabelecimento de um mecanismo de colaboração TB/VIH e no reforço da capacidade do Ministério da Saúde para monitorizar e avaliar a luta contra a TB-MR.

### **3.3 Controlo de doenças negligenciadas**

A OMS fornecerá apoio para o reforço da capacidade nacional para assegurar o acesso das populações às intervenções de prevenção, controlo, eliminação e/ou erradicação de doenças tropicais esquecidas, tais como a filaríase linfática, a shistosomíase e as helmintíases.

### **3.4 Promoção da melhoria da qualidade da água e do saneamento**

A OMS fornecerá apoio para melhorar o acesso a água potável e para melhorar o controlo da qualidade de água e promoverá uma abordagem multisectorial na solução dos problemas de água e saneamento.

## ***Prioridade Estratégica nº4: Reforço do controlo das doenças crónicas não transmissíveis***

### **4.1 Estabelecimento de programa de DNT**

A OMS propõe-se apoiar a RDSTP na investigação para identificar a prevalência dos factores de risco das DNT, formulação e implementação de estratégias e de planos de acção para o controlo das mesmas, nomeadamente da diabete, HTA, doenças cardiovasculares, dos problemas de visão e drepanocitose, entre outras. A OMS também apoiará a implementação de programas de promoção da saúde, com vista a reduzir os factores de risco das DNT.

## ***Prioridade Estratégica nº 5: Promoção de estilos de vida saudáveis***

### **5.1. Desenvolvimento da estratégia nacional de promoção da saúde**

A OMS irá apoiar a RDSTP na intensificação da advocacia em matéria de promoção da saúde utilizando os dados factuais dos estudos de prevalência dos factores de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a fim de mobilizar apoios políticos e sociais para o desenvolvimento de uma estratégia nacional de promoção da saúde que favoreça a participação dos sectores públicos e privados, assim como das ONGs, das Organizações de Base Comunitária (OBC) e dos outros parceiros de desenvolvimento. Também apoiará na implementação de actividades de promoção da saúde.

## ***Prioridade Estratégica nº 6: Reforço da saúde sexual e reprodutiva***

### **6.1 Promoção da implementação do Roteiro para redução acelerada de óbitos maternos e neonatais**

Perante os problemas constatados na análise de situação e com o intuito de encontrar soluções para estes, a OMS pretende apoiar o país na adopção e implementação do Roteiro Nacional para a Redução Acelerada dos Óbitos Maternos e Neonatais, incluindo o funcionamento efectivo do Comité de Avaliação de cada morte materna e neonatal.

## 6.2. Reforço da saúde e bem-estar das crianças, adolescentes e jovens

A OMS fornecerá todo o apoio para o reforço da prestação integrada de serviços no quadro do “Pacote mínimo de cuidados de saúde infantil”, que integre de forma coerente as várias componentes da Atenção Integrada às Doenças da Infância – AIDI, com ênfase na advocacia com vista à mobilização e afectação de recursos para a implementação do plano estratégico de AIDI-Comunitária.

A OMS também apoiará o país a elaborar e a implementar o plano estratégico para o programa de saúde escolar, para transformar as escolas em instituições que proporcionem um ambiente saudável, educação em matéria de saúde e serviços de saúde para a prevenção das maiores causas de morbilidade e mortalidade, nomeadamente, através da desparasitação, da luta contra o tabagismo, drogas, álcool, violência, VIH/SIDA, IST, bem como a promoção de uma dieta saudável e da prática de exercício físico, exames periódicos de saúde oral e oftalmológicos, entre outros.

Para a resolução eficaz dos problemas de saúde que afectam os adolescentes e jovens, a OMS procurará catalisar as acções que promovam o acesso e a utilização das informações apropriadas e dos serviços de saúde pelos adolescentes e jovens de ambos os sexos de todo o país (análise do conteúdo dos materiais de IEC, análise do ponto de situação de oferta de serviços, elaboração de um documento de saúde adaptado a esta faixa etária; implementação do documento estandardizado; adaptação do modelo da OMS de formação e orientação para os prestadores; formação dos prestadores em matéria de SAJ, etc.).

### D. DOMÍNIO D: Contribuição para a segurança sanitária

Dada a vulnerabilidade do país, as epidemias e outras situações de emergência consideram-se prioritário o reforço da vigilância para a detecção precoce e resposta a essas situações.

#### *Prioridade Estratégica nº 7: Alerta e resposta às epidemias e situações de emergência*

##### 7.1 Preparação, prevenção e resposta rápida às epidemias e situações de emergência

A OMS continuará a fornecer apoio para o reforço da VRID (nas áreas de formação, actualização, e documentação) em todos os distritos, bem como na promoção de advocacia para a mobilização e afectação de recursos para a implementação de planos de preparação e resposta às doenças potencialmente epidémicas. Em colaboração com outros parceiros, fornecerá também apoio para o reforço das capacidades nacionais em vigilância, detecção precoce e resposta multisectorial às epidemias e outras situações de emergência sanitária e para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional. Serão empreendidas actividades de advocacia com vista à elaboração de um plano nacional de contingência e para a mobilização de recursos para a sua implementação.

## 6.2 LIGAÇÕES ENTRE A AGENDA ESTRATÉGICA E AS PRIORIDADES DO GOVERNO, OMS E UNDAF

A presente ECP baseia-se nas prioridades e estratégias da OMS, alinhadas com as prioridades nacionais e harmonizadas com o trabalho do SNU e outros parceiros (ver os Quadros 10 a 12).

**Quadro 10: Ligações entre o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (PEMP) e as prioridades estratégicas da ECP da RDSTP**

Objectivos do PEMP	(1) Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico	(2)Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos	(3)Reforço do controlo das doenças transmissíveis	(4)Reforço de controlo das doenças crónicas não transmissíveis.	(5)Promoção de estilos de vida saudáveis	(6)Reforço da saúde sexual e reprodutiva	(7)Alerta e resposta as epidemias e situações de emergência
Reduzir o peso que as doenças transmissíveis representam para a saúde, a sociedade e a economia	++	+	+++	+	++	+++	+++
Combater o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo	++	+	+++		++	++	
Prevenir e reduzir as doenças, as incapacidades e as mortes prematuras provocadas por doenças crónicas transmissíveis, perturbações mentais, violência, traumatismos e deficiências visuais	++	+		+++	+++	+	++
Reduzir a morbilidade e mortalidade, melhorar a saúde durante as principais fases da vida, incluindo a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover um envelhecimento activo e saudável para todos os indivíduos	++	+	++	++	++	+++	++
Reduzir as consequências para a saúde de situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos, e minimizar o seu impacto social e económico	++	+	+++	+++	+	++	+++++
Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os factores de risco das doenças associadas ao uso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dietas não saudáveis, inactividade física e sexo de risco	+	+	++	+++	+++	++	++
Actuar sobre os determinantes sociais e económicos subjacentes da saúde, através de políticas e programas	++	+	+++	++	+++	++	+

que promovam a equidade na saúde, que integrem abordagens em prol dos pobres, incluindo uma dimensão do género e dos direitos humanos							
8 Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os sectores, de modo a combater as causas profundas das ameaças ambientais para a saúde	++	++	+++		++	+	++
9 Melhorar a nutrição, a segurança sanitária dos alimentos e a segurança alimentar, durante toda a vida, em apoio da saúde pública e do desenvolvimento sustentável		++	++	+	++	+++	+
10 Melhorar os serviços de saúde graças a progressos na governação, financiamento, preenchimento dos quadros de pessoal e gestão, com o apoio de dados factuais fiáveis e acessíveis e da investigação	++	+++	++	++	++	++	++
11 Garantir um melhor acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias da saúde	+++	++	++	++	+	++	++
12 Proporcionar liderança, reforçar a governação e promover as parcerias e a colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outras partes interessadas, de modo a que a OMS possa cumprir a sua missão de avançar com a agenda mundial da saúde, como definido no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho	+	+++	++	++	+	++	+++
13 Desenvolver e manter a OMS como organização flexível e dedicada ao estudo, dando-lhe a possibilidade de desempenhar as suas atribuições com maior eficiência e eficácia	+	++	+	+	+	+	+

Legenda das ligações: + + + ligação muito forte; + +: forte ligação; +: alguma ligação

**Quadro 11** Ligações entre as prioridades estratégicas da ECP e as prioridades do Governo de RDSTP na saúde

N.º	Opções de política 2007-2010 do MINSA	Prioridades estratégicas						
		(1) Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico	(2) Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos	(3) Reforço do controlo das doenças transmissíveis	(4) Reforço de controlo das doenças crónicas não transmissíveis.	(5) Promoção de estilos de vida saudáveis	(6) Reforço da saúde sexual e reprodutiva	(7) Alerta e resposta as situações de epidemias e emergências
1	O acesso de toda a população aos cuidados de saúde básicos e de boa qualidade	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
2	O respeito pelos princípios da universalidade de cobertura, da equidade no acesso e na utilização de cuidados de saúde, da integralidade da prestação, da optimização da utilização dos recursos com vista atingir os Objectivos de desenvolvimento do Milénio e de redução da pobreza	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++
3	O alargamento e melhoria da rede de infraestruturas de saúde de acordo com a Carta Sanitária	++	+	+	+	+	+	+
4	A promoção, protecção da saúde e prestação de cuidados de saúde e luta contra as doenças	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
5	A melhoria da prestação de cuidados em todo o país	+++	+++	+++	+++	++	++	++

Legenda das ligações: +++ ligação muito forte; ++:forte ligação; +:alguma ligação

## Quadro 12 Ligações entre as prioridades estratégicas da ECP e as prioridades do UNDAF 2007-2011

N.º	Os resultados esperados do UNDAF 2007-2011	PRIORIDADES ESTRATÉGICAS						
		(1) Reforma do sector da saúde e reforço da capacidade institucional ao nível central e periférico	(2) Reforço da parceria, coordenação e mobilização de recursos	(3) Reforço do controlo das doenças transmissíveis	(4) Reforço de controlo das doenças crónicas não transmissíveis.	(5) Promoção de estilos de vida saudáveis	(6) Reforço da saúde sexual e reprodutiva	(7) Alerta e resposta às epidemias e situações de emergência
1	Maior número de populações vulneráveis com acesso aos serviços sociais básicos e de boa qualidade e ao ambiente protegido até 2011	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
2	Instituições públicas assegurando a protecção de direitos humanos, a equidade na distribuição de recursos nacionais e o diálogo com a sociedade civil até 2011	+++	++	++	+	+	+	+

Legenda das ligações: + + + ligação muito forte; + +:forte ligação; +:alguma ligação

## SECÇÃO 7

### IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA

A operacionalização eficaz da presente Agenda Estratégica de Cooperação da OMS com a República de São Tomé e Príncipe 2008-2013 pressupõe uma mobilização de recursos adicionais pela OMS, implicando a Organização no seu todo, sem perder de vista o papel e as responsabilidades que caberão a cada um dos níveis. A OMS deverá apoiar e aconselhar para uma optimização dos recursos existentes e uma melhor relação custo-benefício, contribuindo, assim, para aumentar a eficácia das suas intervenções na melhoria da saúde das populações. A implementação da Agenda Estratégica da ECP tem as seguintes implicações para a OMS:

#### 7.1 AO NÍVEL DA REPRESENTAÇÃO

A ECP 2008-2013 terá as seguintes implicações para a Representação:

- i) utilização da ECP como documento estratégico de referência para seu trabalho no país;
- ii) difusão do mesmo a todos os grupos e organizações com interesse na saúde;
- iii) desenvolvimento das competências e capacidades técnicas e tecnológicas necessárias para a implementação eficiente da agenda da ECP;
- iv) planificação de apoio conjunto das EAI, Divisões do Escritório Regional e da Sede no apoio à implementação da agenda da ECP;
- v) participação activa na reforma do SNU e colaboração com os outros parceiros da área de saúde como dos sectores afins;
- vi) ponto central de partilha e divulgação de informações e conhecimento, e para participação na formulação das decisões estratégicas da Organização;
- vii) mobilização de recursos adicionais para a execução da agenda da ECP e o funcionamento da Representação junto do Governo e dos parceiros;
- viii) funcionamento moderno e eficaz da Representação;
- ix) orçamentação do custo estimado para a execução da agenda da ECP até 2009.

#### ***7.1.1 Utilização da ECP como documento estratégico de referência para as actividades a desenvolver***

No processo de planificação e orçamentação, a ECP servirá como base para a elaboração dos Planos de Trabalho (PT) anuais e bienais, bem como como instrumento de diálogo com outras partes interessadas no sector da saúde e na monitorização e avaliação dos PT. Poderá ser revista devido a alterações imprevistas, tendo sempre em vista os interesses de todas as partes.

A OMS comprometer-se-á também a prestar apoio técnico de alta qualidade a todas as partes interessadas na realização de acções ligadas aos cuidados de saúde primários na RDSTP.

### **7.1.2 *Divulgação da ECP junto de todos grupos e organizações com interesse na saúde***

Na qualidade de instrumento de referência para a planificação, a ECP 2008-2013 será largamente difundida e utilizada na condução das reuniões e audiências com os órgãos decisórios do Estado, nomeadamente a Presidência da República, o Parlamento, o Governo e os organismos de Administração Central, do poder local (autarquias), do serviço nacional de saúde (direcções, programas e serviços do Ministério da Saúde), com o sector privado, com os parceiros bilaterais e multilaterais, com as ONGs e OBCs. Serão elaborados e difundidos resumos das principais características do país em matéria de saúde, ao desenvolvimento e à cooperação com os parceiros externos e da agenda estratégica da OMS, isto é, as principais prioridades da colaboração da OMS a médio prazo com a RDSTP.

### **7.1.3 *Desenvolvimento das competências e capacidades técnicas e tecnológicas necessárias para a implementação eficiente da agenda da ECP***

Um processo de *reprofiling* será feito após a finalização da ECP, de modo a identificar as competências existentes e as lacunas em termos de capacidades necessárias para a implementação eficaz da agenda. A Representação procurará apoios de outros níveis da Organização, em particular das EAI. O *reprofiling* também identificará novos postos a serem eventualmente criados, na medida da capacidade financeira da Organização. Acções de formação/actualização serão organizadas em função das necessidades identificadas durante o *reprofiling*, na utilização do GSM e de novas tecnologias de comunicação.

### **7.1.4 *Planificação conjunta de apoio das EAI, do Escritório Regional Africano e da Sede para a implementação da agenda da ECP***

A Representação da OMS no país deverá assegurar uma coordenação efectiva entre os diferentes níveis da Organização através da planificação conjunta no início do biénio, comunicação de novas necessidades e das solicitações do governo e dos parceiros. Partilhar-se-á também informações e o resultado das avaliações para facilitar a identificação de apoios por outros níveis da Organização.

### **7.1.5 *Participação activa na reforma do SNU e colaboração com os outros parceiros da área de saúde como dos sectores afins***

A parceria constitui um domínio chave de acção da OMS. Assim assegurará que o documento ECP serve de guia nas intervenções conjuntas a serem desenvolvidas pelo SNU e outros parceiros, incluindo as ONGs, o sector privado e as comunidades, como parte do desenvolvimento da cooperação com o Governo da RDSTP ao nível do país, procurando sempre sinergias e harmonização com as outras agências do SNU. De alguma forma constituir-se-á em instrumento director das intervenções com outros sectores do governo central, local e regional.

### **7.1.6 *Ponto central de partilha e divulgação de informações e conhecimentos, e para participação na formulação das decisões estratégicas da Organização***

Para melhorar o desempenho e contribuir para a promoção de uma melhor saúde na RDSTP, a equipa-país será dotada de recursos que proporcionem um melhor acesso à



informação e aos conhecimentos e à respectiva partilha. A equipa da Representação irá empenhar-se em documentar as informações pertinentes do País para partilhar com os potenciais utilizadores e assegurar-se que essas informações estão disponíveis e facilmente acessíveis através da actualização sistemática do portal OMS, dos media, e da publicação periódica de um boletim informativo, entre outros.

Ela irá proceder à recolha de todas as informações científicas e de boas práticas disponíveis sobre os diferentes domínios da estratégia e partilhá-las com os diferentes sectores e intervenientes. A Representação da OMS também irá contribuir para a formulação de estratégias regionais e mundiais da Organização.

### ***7.1.7 Mobilização de recursos adicionais para a execução da agenda da ECP e o funcionamento da Representação junto do Governo e dos parceiros***

Deverá ser estabelecida uma parceria com os outros doadores e parceiros de desenvolvimento do país, nomeadamente as agências do SNU e a cooperação bilateral, de modo a mobilizar recursos adicionais para a implementação da agenda.

Um plano para a mobilização dos mesmos deverá ser elaborado ao nível da Representação, tendo em conta as acções prioritárias definidas, o nível dos recursos existentes e o “gap analysis tool”. Deverá ser melhorada a coordenação com as outras agências das Nações Unidas e outros parceiros, de modo a aproveitar as sinergias existentes e evitar a duplicação de esforços.

### ***7.1.8 O funcionamento moderno e eficaz da Representação***

Um ambiente de trabalho que permite a eficiência gestonária e administrativa, bem como a logística e segurança adequadas fará com que a equipa-país realize as grandes intervenções descritas na ECP. Todos os funcionários da equipa serão treinados para a utilização eficaz do GSM e os sistemas de informação relacionados que suportam uma descentralização maior e uma contabilidade eficiente. A aquisição de tecnologias adequadas à realidade do mundo actual, também contribuirá para o bom funcionamento da Representação.

### ***7.1.9 Orçamentação dos custos previstos para a execução da agenda da ECP-2 até 2009***

A Representação irá solicitar apoios para a orçamentação destes custos através das Divisões do Escritório Regional e da Sede e outras agências do SNU. Esta estimativa poderá servir para mobilização de recursos para os programas de trabalho.

## **7.2 A NÍVEL DO ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO**

O Escritório Regional Africano, na altura da preparação dos planos bienais e alocação do orçamento, fará um uso eficiente da agenda da ECP para melhor definir o apoio esperado das suas Divisões técnicas e das EAI ao programa de cooperação da OMS com a RDSTP. Em função de disponibilidade dos peritos na Região, disponibilizará apoios técnicos em concertação com o Representante. Mobilizará recursos adicionais junto através dos mecanismos regionais de financiamento para facilitar a implementação da agenda estratégica. Promoverá o reforço das competências dos administradores dos programas da equipa-país através de seminários destinados aos pontos focais nacionais, na medida das possibilidades

financeiras. Organizará para o pessoal da equipa-país sessões de informação e encontros periódicos para melhorar os seus conhecimentos técnicos e criar sinergias entre os diversos programas interpaíses. Facilitará o acesso aos bens patrimoniais mundiais e regionais destinados ao desenvolvimento científico.

### 7.3 A NÍVEL DA SEDE MUNDIAL

Fazer participar a equipa da Representação no processo de gestão mundial da Organização, através de consultas periódicas para que as condições de terreno sejam contempladas na tomada de decisões de política de âmbito mundial e de orientações sobre a saúde internacional. Mobilizará recursos adicionais para a implementação da agenda da ECP junto através dos mecanismos inter-regionais e mundiais de financiamento da saúde. Continuará a providenciar apoio com peritos e consultores em complemento ao apoio do Escritório Regional Africano e suas equipas EAI, e também o saber e as tecnologias úteis para a implementação das resoluções e decisões dos órgãos directivos da Organização.

## SECÇÃO 8

### MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ECP

A administração e a monitorização da implementação da ECP será efectuada pela Representação da OMS, sob a direcção do Representante da OMS, em coordenação com o Ministério da Saúde.

As avaliações feitas no seguimento da execução dos planos de trabalho bienais serão utilizadas para o seguimento da ECP que será objecto de duas avaliações: a primeira será feita no fim do primeiro ano do segundo biénio, em 2010 e a segunda será realizada em Junho de 2013, seis meses antes do fim do terceiro biénio, e que servirá de base à elaboração da terceira ECP.

Os indicadores para a avaliação da ECP vão medir a ligação dos planos bienais com a ECP, o grau de financiamento das abordagens estratégicas propostas para a implementação das áreas de enfoque principais seleccionadas, o grau de execução das mesmas, o grau de utilização da ECP pelos parceiros governamentais e não governamentais, incluindo o sector privado, bilaterais e multilaterais, na suas relações de trabalho com a OMS, no âmbito da cooperação de cada um com a RDSTP, bem como o impacto na melhoria do acesso universal aos serviços essenciais de cuidados para os subgrupos populacionais mais desfavorecidos e vulneráveis.

A preocupação principal das avaliações da ECP será a medição dos resultados chave atingidos e não os processos necessários para atingi-los.

# SECÇÃO 9

## ANEXOS

### ANEXO I: LISTA DOS DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA A ECP

INSTITUIÇÃO	DOCUMENTOS
ADRA	1. Relatório anual 2006 – ADRA e Governo RDSTP
ASPF	2. Relatório anual trabalho/orçamento 2006
Commission Européenne	3. République Démocratique de STP - Commission Européenne - Document de stratégie pays et Programme indicatif national pour la période 2008-2013
EMB. BRASIL	4. Ajuste complementar ao acordo básico de cooperação científica do Brasil e o Governo para a implementação do projecto acções de prevenção e controle do vírus HIV/AIDS
EMB. PORTUGAL	5. Projecto saúde para todos na RDSTP (2005-2007)
EMB. PORTUGAL	6. Plano anual de cooperação Portugal- RDSTP pac 2007
EMB. PORTUGAL	7. Sector da saúde na cooperação Portuguesa - enquadramento saúde e desenvolvimento - Agosto de 2007
FONG	8. Acta de reunião do dia 7/03/2007
FONG	9. Relatório de supervisão financeira primeiro trimestre 2006 “Donativo do Fundo Japonês de desenvolvimento Social para a criação de capacidades para o envolvimento cívico e desenvolvimento de iniciativas comunitárias na melhoria dos serviços sociais
FONG	10. Relatório de supervisão financeira segundo trimestre 2006
FONG	11. Programa serviços básicos YH 321 - Subprojecto promoção da saúde e saneamento do meio H 1070 - abastecimento em água e melhoramento das casas de banho nas escolas e creches - Relatório final de actividade, Janeiro 2004, financiado pelo UNICEF
FONG	12. Programa serviços sociais de base YH 301 - cuidados primários de saúde H 120 - abastecimento em água e melhoramento das casas de banho nas escolas e comunidades - relatório final de actividade, Junho 2003, financiado pelo UNICEF
M.P.F	13. As grandes opções do plano para 2007-2010
M.P.F	14. Resumo actualizado do diagnóstico sobre a situação da população e género na RDSTP
N.FRONTEIRA-ALISEI	15. Inquérito sobre conhecimento atitude e prática das populações rurais, face VIH/SIDA - (comunidades beneficiárias do projecto de reabilitação das estradas rurais) - Março de 2005
N.FRONTEIRA-ALISEI	16. O manual de terreno do activista - sensibilização em matéria de HIV/SIDA nas comunidades beneficiadas do projecto de reabilitação das estradas rurais da RDSTP, Dezembro de 2004, Dr. António Amado Vaz
N.FRONTEIRA-ALISEI	17. Projecto 8 ACP/RDSTP 003 – reabilitação dos sistemas de filtração de S. João dos Angolares e Trindade e sistema de adução de agua na cidade de Santo António no Príncipe.- componente sensibilização - Relatório final de actividade, 11 de Dezembro 2002 – 10 de Dezembro 2003 - financiamento pela Comissão Europeia/Fundo Europeio de Desenvolvimento
N.FRONTEIRA-ALISEI	18. Projecto de apoio ao sector rodoviário, orçamento programa 1-2005 form-FEDinventário da situação socioeconómica das localidades rurais
N.FRONTEIRA-ALISEI	19. Projecto de reabilitação de estradas rurais - (co-financiamento CE - AFD) - componente de sensibilização em matéria de VIH/SIDA nas comunidades beneficiárias da intervenção - relatório final de actividade, Novembro 2005
N.FRONTEIRA-ALISEI	20. Projecto de relançamento do CNES - diagnóstico da situação da IEC na saúde na RDSTP - relatório final do inquérito de diagnóstico da situação do IEC, recenseamento das ONGs e instituições que desenvolvem acções de IEC e organização de uma base de dados para a gestão de informação sobre IEC) –Dezembro de 2002

N.FRONTEIRA-ALISEI	21. Projecto informação, educação e comunicação para a saúde – distrito de Lobata - elaboração dos dados do inquérito anónimo para as raparigas entre 14 e 18 anos sobre conhecimentos relacionados com a gravidez e contraceção – financiado pela Cooperação Francesa
N.FRONTEIRA-ALISEI	22. Protocolo de avaliação do comportamento, atitude e prática, sobre a prevenção do HIV na população vulnerável “profissionais do sexo” - Novembro de 2006, financiado pelo FG
N.FRONTEIRA-ALISEI	23. Rapport d’activité du projet “information, éducation et communication pour la santé dans les quartiers de Riboque et Sucata”, avril à décembre 2003 - financé par l’agence française de développement.
N.FRONTEIRA-ALISEI	24. Relatório final de actividade do projecto “Relançamento do centro nacional de educação para saúde”, (CNES)” projecto nº 3600/cd/99/268/03/60/06/03, 11/12/02 - 30/4/03- financiado pelo “service de cooperation et d’action culturelle” Ambassade de France
Outros documentos	25. Draft d’atelier de revue et d’élaboration du plan d’extension de la PCIME a RDSTP Janv./ Fév. 2005
Outros documentos	26. Sero-prevalência do VIH e da sífilis em gestantes, Março 2005
Outros documentos	27. Execução do OGE World Bank
Outros documentos	28. Social sector support projet April 22- 2004 resumo relatório do desenvolvimento Humano 2006 “a água para lá da escassez”
Outros documentos	29. World Bank Social Sector Support Project April 22- 2004
Outros documentos	30. UNDAF São Tomé e Príncipe
Outros documentos	31. Common Country Assessment (CCA), São Tomé e Príncipe
PAM	32. Plano de acção do projecto de desenvolvimento da RDSTP: “apoio à educação de base e ao sistema de saúde em benefício dos grupos” 2006-2011
PNUD	33. Plano – programa de acção para o país 2007-2011
PNUD	34. Draft country programme doc for RDSTP (2007-2011)
PNUD	35. Resumo Relatório do Desenvl. Humano 2006 “A água para lá da escassez”
UNFPA	36. Documento de programa país para a RDSTP
UNFPA	37. Matrices du cadre des Nations Unies pour l’assistance au développement UNFPA et la RDSTP 2007-2011
UNFPA	38. Bilan commun de pays (BCP) common country assessment (CCA)   São Tomé e Príncipe (draft)
UNFPA	39. Anexo /groupes thématiques pour l’élaboration du BCP structure et composition
UNFPA	40. Version finale 23 janv 2006 UNDAF
UNICEF	41. Situação das crianças tornadas órfãs devido ao VIH/SIDA na RDSTP, relatório final
UNICEF	42. Relatório Final – Estudo sobre a iniciativa 20/20 RDSTP
UNICEF	43. Plano de acção do programa país 2007-2011 e governo da RDSTP
UNICEF	44. Consolidated narrative and financial report on cholera epidemic control in Sao Tome & Principe, donors: United Kingdom committee for UNICEF – c45301 and Portuguese committee for UNICEF – c34801, May, 2006
UNICEF	45. Multiple indicator cluster survey iii, (to be completed - May 2007)
UNICEF	46. Technical needs assessment of radio national de Sao Tome e Principe, a study commissioned by UNICEF Sao Tome e Principe, study undertaken and reported by Tunde Adegbola (Ph.d.) Consultant, September 2006
UNICEF	47. Vigilância do sal na República de São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde, Comissão Técnica de Iodização do Sal, 909810, relatório de actividade, Aurélio de Carvalho, Dezembro de 2006
ZATONA-ADIL	48. Relatório final de actividades do projecto “Iniciativa de Bamako” 2001-2002
ZATONA-ADIL	49. Relatório final adução de água, construção de um refeitório de cozinha, reabilitação e ampliação do posto de saúde comunitário, no lote 7
ZATONA-ADIL	50. Relatório final projecto de construção de latrinas em Porto Alegre fase II
ZATONA-ADIL	51. Relatório final construção de latrinas e uso correcto de latrinas outro 2006

## ANEXO II: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA ECP-2

O processo começou com o pedido de actualização da ECP endereçado a TCC/AFRO, em Novembro de 2006. Em resposta, CAS/AFRO efectuou uma missão de sensibilização em Março de 2007 dirigido ao Governo e aos grupos e organizações com interesse na área da saúde. Na altura, foram elaborados os termos de referência da equipa local. É uma equipa multi-institucional que, sob a sua liderança, o Representante constituiu com a participação de sete elementos do Governo e de um representante dos parceiros. A composição da equipa era a seguinte:

### Equipa técnica da Representação da OMS

- i) Dra. Maria Quaresma, FHP
- ii) Dr. Fernando Neves, MPN
- iii) Dr. Lázaro Sousa, DPC
- iv) Dra. Claudina Cruz, HIV
- v) Dr. António Lima, SSA/PHE
- vi) D. Angela Neves, Secretaria

### Quadros de MINSA

- i) Dr. Eduardo Matos, assessor do Ministro
- ii) Dra. Juliana Ramos, Directora do Gabinete do Ministro da Saúde
- iii) Dr. Anastácio de Menezes, Director do Plano e Finanças
- iv) Dr. José Manuel Carvalho, Director dos Cuidados de Saúde
- v) Dr. Herodes Rompão, Director do Centro de Endemias
- vi) Dr. Gilberto Frota, Delegado de Saúde de Água Grande
- vii) Dr. Américo Pinto, Delegado de Saúde de Caué

### Representante dos parceiros

Dr. Luís Bonfim, UNICEF, Técnico dos programas Saúde, Nutrição, Água e Saneamento

A primeira tarefa efectuada pela equipa foi a análise de situação, dividida nas quatro etapas seguintes: balanço do desempenho das intervenções previstas na ECP-1, a análise das deficiências dos programas e competências da equipa-país, uma avaliação dos ensinamentos de ter uma ECP, e os laços da ECP com os documentos estratégicos do país. Esta análise assentou na consulta de vários documentos recolhidos junto dos parceiros e nos contactos com actores apresentados no Anexo I, que poderá ser consultado para obter informações mais detalhadas.

Quatro grupos formados por eixo da ECP-1 (Sistema de Saúde: Fernando Neves e José Manuel Carvalho; Luta contra as Doenças: Lázaro Sousa e Herodes Rompão; Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Juvenil: Maria Quaresma, Eduardo Matos e Luís Bonfim; Promoção e protecção da saúde: Claudina Cruz e Gilberto Frota) fizeram, de Março a Maio de 2007, o balanço da implementação das intervenções previstas com identificação dos constrangimentos, factores facilitadores e desafios, como se resume numa tabela. Um grupo (Fernando Neves, Gilberto Frota e Anastácio de Menezes), usando um instrumento chamado "Gap analysis tool", analisou cada eixo para identificar as deficiências nos programas e nas competências do pessoal da equipa da Representação, com o objectivo de identificar os programas que trabalham bem e são cruciais e proveitosos para a OMS. Foram aplicados os

seguintes critérios: se o programa é ou não essencial, tem ou não implicação de custo para OMS; existem ou não recursos humanos (RHs) para sua implementação; existe ou não um plano de RHs para saúde; se existe ou não um plano de sustentabilidade, se há ou não fontes de financiamento, e tem ou não perspectivas futuras. O resultado dessa análise encontra-se resumido no Quadro 13.

**Quadro 13: Resultado de análise do “Gap”**

CRITÉRIOS	PROGRAMAS			
Essencial?	Melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde	Luta contra as doenças	Incrementar acções para a redução da mortalidade materna, infantil e juvenil	Promoção e Protecção da Saúde
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Implicação do custo para OMS?	%	%	%	%
Existência de RH ?	Mais ou menos	Mais ou menos	Mais ou menos	Mais ou menos
Plano de RH?	Não	Não	Não	Não
Plano de sustentabilidade?	Não	Não	Não	Não
Fontes de financiamento?	Local e internacional	local e internacional	local e internacional	local e internacional
Perspectivas?	Continuar	Continuar	Continuar	Continuar

A análise das ligações entre a ECP de primeira geração e os documentos estratégicos do país indicam que esta foi elaborada tendo em conta os documentos estratégicos do Ministério da Saúde e do país existentes na altura, tais como a Estratégia da Redução da Pobreza, o Plano de Desenvolvimento do Sector da Saúde 2000-2005, e os planos estratégicos de luta contra o paludismo e o VIH/SIDA. Embora o documento de ECP de primeira geração não tenha sido validado nem atempadamente publicado, e divulgado a nível do país tanto para as entidades do Governo como aos parceiros, serviu de referência na elaboração do PA 2006-2007.

Em seguida, três grupos identificaram os maiores desafios do país nas áreas de desenvolvimento nacional público, sócio-demográfico, económico, etc. (Juliana Ramos e Claudina Cruz), saúde (Eduardo Matos e Lázaro Sousa) e ajuda e parcerias (Luís Bonfim e Maria Quaresma).

Para terminar a análise de situação, com base num questionário proposto pela equipa de Gilberto Frota, Fernando Neves e Luís Bonfim foi feito um mapeamento dos parceiros em relação aos seus principais domínios de intervenção actuais e futuros, afectações financeiras presentes e futuras, os mecanismos de partilha de informação sobre suas intervenções e os mecanismos de coordenação das actividades com os outros parceiros. Foram assim contactados os parceiros bilaterais (Lázaro Sousa e Juliana Ramos), multilaterais (Maria Quaresma, Luís Bonfim e Gilberto Frota), a sociedade civil (Américo Pinto e Claudina Cruz) e os Ministérios dos Recursos Naturais, Educação, Administração Pública e Ordenamento do Território, Plano e Finanças, Negócios Estrangeiros e as Câmaras distritais (Anastácio de Menezes e António Lima)

Os relatórios de cada grupo de trabalho foram apresentados e discutidos em sessões plenárias organizadas de Abril até Junho de 2007. Em Abril, discutiu-se o balanço da implementação da ECP e a análise dos ensinamentos da implantação da ECP e suas ligações com os documentos estratégicos do país. No mês de Maio foi efectuada uma ronda para a identificação dos maiores desafios e das lacunas do país nas áreas de desenvolvimento nacional, da saúde, e da ajuda e parcerias, o mapeamento das intervenções dos parceiros do sector da saúde, a análise das lacunas nos programas e nas competências da equipa da OMS no país e o sumário dos assuntos chave, constrangimentos e factores facilitadores mais importantes para a cooperação da OMS com a RDSTP.

O Dr. Leonel Pontes, da Cruz Vermelha, foi recrutado em Julho/Agosto para a redacção do documento, com base nos elementos produzidos pelos grupos de trabalho e dos resultados das discussões das sessões plenárias de consensos organizadas e do *atelier* com os intervenientes, realizado em Agosto, para recolher subsídios sobre as propostas dos desafios do sector da saúde e das prioridades estratégicas da cooperação da OMS com o país no período de 2008-2013.

Após a análise de situação pela equipa local, uma missão de duas pessoas enviadas pelo Escritório Regional Africano apoiou, de 13 a 17 de Agosto de 2007, a finalização desta análise e a identificação das prioridades estratégicas para o período 2008-2013. Neste âmbito, foram desenvolvidas as actividades seguintes: auscultação do Ministro da Saúde sobre as prioridades do Governo; uma sessão de lançamento e debate de ideias com a equipa local para definir as orientações estratégicas, os constrangimentos e os desafios; uma sessão de consulta aos parceiros bilaterais, agências do SNU, ONGs e Governo, incluindo o Parlamento, sobre as perspectivas de cooperação com OMS para melhorar a saúde da população; e uma sessão de informação para o Ministro dos Negócios Estrangeiros, em presença do seu homólogo da Saúde.

O período de Agosto a Dezembro de 2007 foi consagrado à redacção da primeira versão do documento que foi enviado para comentários ao Escritório Regional Africano. Após a recepção destes comentários, em Abril de 2008, a Representação elaborou a segunda versão do documento que foi submetido para o consenso nacional sobre a análise de situação e agenda estratégica proposta. A participação de todos intervenientes do sector da Saúde foi obrigatória para assegurar o alinhamento com as prioridades nacionais em matéria de saúde e apropriação de todos dos compromissos acerca dos eixos em que a OMS consagrará o seu apoio no período de 2008-2013. Participaram no *atelier* de consenso, organizado no dia 18 de Julho de 2008 no Hotel Miramar na cidade capital, quarenta e cinco pessoas em representação dos seguintes grupos e organizações com interesse na saúde : Presidência da República, Assembleia Nacional, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Cooperação e Comunidades, Ministério da Saúde, Ministério dos Recursos Naturais e Ambiente, Ministério da Justiça, UNICEF, OMS, PNUD, UNFPA, BAD, Embaixada dos Estados Unidos da América, Embaixada da Ordem Ecuménica e Militar de Malta, Direcção Geral do Ambiente, Direcção dos Transportes e Comunicações, Direcção da Pecuária, Centro Hospitalar de São Tomé, Fundo Nacional de Medicamentos, Instituto de Ciências da Saúde Dr. Victor Sá Machado, Instituto da Mulher e Família, Distritos Sanitários, Câmaras distritais, FONG, Cruz Vermelha, ONGs Zatona Adil, ASPF, Alisei e Médicos do Mundo.



## ANEXO III : INTERVENÇÕES DA ECP-1 DA OMS NÃO IMPLEMENTADAS

### 1. Melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde

- Fornecer apoio técnico para a revisão do Quadro legislativo que rege o sistema de saúde, nomeadamente a Lei Base da Saúde.
- Fornecer apoio técnico e financeiro para a revisão e implementação da Carta Sanitária no contexto da reforma de saúde.
- Fornecer apoio técnico e financeiro para formulação e implementação da Política e o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde.
- Apoiar o desenvolvimento da investigação operacional para o suporte dos programas e facilitação das decisões.
- Fornecer apoio técnico para formulação de políticas e estratégias, gestão de recursos, desenvolvimento de parcerias, assim como coordenação e mobilização de recursos.
- Fornecer apoio técnico para a elaboração da política do financiamento do sector e para a elaboração e implementação das contas nacionais de saúde.
- Fornecer apoio técnico e financeiro para a operacionalização adequada do Sistema de Informação Sanitária.
- Advogar em favor do acesso garantido de toda a população a medicamentos essenciais de boa qualidade.

### 2. Luta contra as doenças

- Apoiar o país no desenvolvimento de programas integrados de luta contra as doenças prioritárias, como por exemplo a luta contra o paludismo.
- Encorajar o desenvolvimento de parcerias e intercâmbio de informações.

### 3. Incremento de acções para a redução da mortalidade infantil, juvenil e materna

- Melhorar a qualidade dos serviços de seguimento do trabalho de parto e de assistência ao parto.

### 4. Promoção e protecção da saúde

- Promover estratégias institucionais e estimular a participação da comunidade nos projectos de âmbito local.
- Catalisar as acções que tentem sensibilizar a sociedade em geral para a adopção de estilos de vida sãos.

## ANEXO IV: TERMOS DE REFERÊNCIA DO CONSULTOR NACIONAL PARA A REDACÇÃO DA ECP-2

### INTRODUÇÃO

No ano 2000, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma estratégia para orientar os trabalhos do Secretariado da OMS. Essa estratégia destaca a importância dos países no trabalho da OMS e daí a urgência em traduzir a estratégia mundial em estratégias específicas aos países, tendo em consideração as diferentes necessidades nos diferentes países. Esta foi a base para a Estratégia de Cooperação com os Países (ECP).

A Estratégia de Cooperação com os Países determina as prioridades estratégicas da OMS em cada país, de forma a orientar uma resposta integrada por parte das representações, dos Escritórios Regionais e da Sede, reforçando o papel da OMS ao nível dos países.

Com este documento, espera-se:

- Rever o papel e as funções da OMS no país, contribuindo para o processo de mudança em curso no interior da Organização, reduzindo, nomeadamente, a fragmentação no apoio ao país.
- Responder melhor às expectativas e necessidades do país, tendo em conta as vantagens comparativas da Organização.
- Influenciar o processo de planificação e de programação da Organização.
- Alargar e aprofundar as parcerias.

### OBJECTIVO GERAL DA CONSULTORIA

Apoiar a equipa nacional na redacção do documento de ECP de segunda geração que sirva de quadro estratégico para todo o trabalho da Organização no país durante o período 2008-2013.

### RESULTADOS ESPERADOS

- No fim da missão o consultor deve ter produzido uma versão “zero” do documento de ECP segunda geração seguindo o formato na página seguinte.

### METODOLOGIA

- Participar em alguns trabalhos do grupo criado para o efeito.
- Recolha e análise dos documentos existentes no escritório da Representação (recolhidos junto de diferentes parceiros e instrumentos da Organização).
- Preparação e realização do *atelier* de validação do projecto de documento.
- Participar na elaboração do documento final.

### PERFIL DO CONSULTOR

- Formação superior (Medicina, Linguística, Biologia, ciências humanas e outras áreas) com conhecimentos em matéria de elaboração de documentos de análises de situação, estratégias e/ou documentos afins.
- Ter capacidade de trabalho em equipa.
- Ter experiência na organização de sínteses de documentos programáticos.
- Ter um bom conhecimento na escrita da língua portuguesa e/ou francesa.

## DURAÇÃO

1 mês

## LOCAL DE TRABALHO

São Tomé e Príncipe

## FORMATO DO DOCUMENTO

### *Sumário*

#### **Secção 1: Introdução**

Resumo dos princípios da ECP e a justificação da actualização do mesmo (1 página)

#### **Secção 2: Desafios do país em relação ao seu desenvolvimento e a saúde**

Revisão da ECP 2006-2009, e seus desafios, ou a sua actualização, apresentação das perspectivas esperadas na nova ECP 2008-2013, indicando também os resultados da primeira ECP, não ultrapassar, no máximo, seis páginas

#### **Secção 3: Apoio ao desenvolvimento e parcerias**

Análise da informação sobre o fluxo da ajuda e os quadros de despesas, com indicação das áreas de intervenção dos maiores parceiros, incluindo os dados provenientes do exercício do mapeamento dos parceiros. (máximo duas ou três páginas)

#### **Secção 4: Actual Cooperação da OMS**

Deverá incluir os focos da OMS no i) seu Plano Estratégico a Médio Prazo, ii) na sua presença no país, iii) o suporte das equipas de apoio interpaíses, e, iv) também como a Organização irá trabalhar como uma unidade única e, iv) a sua capacidade de facilitador. (máximo três a quatro páginas).

#### **Secção 5: Quadro da política da OMS: direcções mundial e regional**

Mencionar claramente as orientações estratégicas do Escritório Regional Africano e da Sede Mundial da OMS e analisar os desafios que a Organização enfrenta (máximo duas páginas).

#### **Secção 6: Prioridades de cooperação acordadas com a OMS**

Formulação de nova agenda estratégica da cooperação da OMS com a RDSTP para 2008-2013 com uso de dados obtidos da análise da primeira ECP 2006-2009 e dos documentos estratégicos actuais do país (máximo oito páginas).

#### **Secção 7: Implementação da agenda estratégica**

Descrever as responsabilidades dos três níveis da Organização: Representação, Escritório Regional e Sede Mundial depois dum exame minucioso das abordagens estratégicas e da implicação de cada nível na implementação dessas abordagens. Descrever igualmente a monitorização e os passos seguintes por parte de cada nível da Organização (máximo duas a três páginas).