



PLANO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

2023 - 2032

Mais e Melhor Saúde, para Todos

Rumo à Cobertura Universal de Saúde



“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender. Incumbe ao Estado promover a Saúde Pública, que tem por objetivo o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde.”

Fonte: Constituição da República de São Tomé e Príncipe (2003), artigo 50.^º

Este documento projeta a voz de todos os que são o Sistema de Saúde de São Tomé e Príncipe.
Pretende inspirar a mudança para a melhoria da saúde do país.

Esta é a oportunidade.

FICHA TÉCNICA

A elaboração deste PNDS, iniciada na primeira semana de Junho de 2022, foi participativa e integra a visão de diferentes profissionais, nacionais e internacionais, que deram o seu parecer ou sugestões, recolhidos em diferentes momentos do desenvolvimento do documento, nas áreas temáticas em discussão: *Boa Governança e multisectorialidade, Financiamento do Sistema Nacional de Saúde, Prestação de Serviços de Saúde, Serviços de Informação em Saúde, Recursos Humanos da Saúde, Medicamentos e outras Tecnologias de Saúde, Infraestruturas e Orçamentação.*

A construção deste documento apoiou-se também na consulta de documentos de referência, entre os quais: *Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2017-2021* (PNDS 2017 - 2021), *Política Nacional de Saúde 2022 – 2032* (PNS 2022-2032), a *Lei Base de Saúde* (Lei nº9/2018), *Relatório de Missão de Apoio à Cobertura Sanitária Universal em São Tomé e Príncipe* (Maio 2021), *Anuário Estatístico da Saúde* (2021) e *São Tomé e Príncipe - inquérito aos indicadores múltiplos* (MICS 2020).

DESIGNAÇÃO

Plano Nacional do Desenvolvimento da Saúde

ENTIDADE PROMOTORA

Ministério da Saúde

Rua Patrice Lumumba, Cidade de São Tomé, nº 433

Caixa Postal 23 – São Tomé

Telf. Sede +239 224 12 00 / Fax +239 222 13 06

Web: www.ms.gov.st

República Democrática de São Tomé e Príncipe

EQUIPA TASK FORCE

Coordenador Geral: Hugo Silva (Coordenador do Reforço do Sistema da Saúde); **Pilar Liderança, Governação e Parceria:** Feliciana Sousa Pontes (Diretora da DCS), Alzira Rosário (Coordenadora do PNDS), Manuela Ferreira (Delegada de Cantagalo), Bakissy de Pina (Coordenadora do COE), Cíntia Lima, Maria de Jesus (PNLP), Arminda Rolim (MARAPA), Amadeu Maia (Delegado de Mé-Zochi), António Lima (IMVF), Manuel José Carvalho (FNUAP); **Pilar Recursos Humanos da Saúde:** Yonelma Daio (RH CNE), Apolíbio Correia (RH DAF/MS), Arlete Martins de Sousa (Planeamento MS); **Pilar Financiamento da Saúde:** Leonel Carvalho (Secretário Executivo CCM), Bonifácio Sousa (Coordenador PNLS/TB), Neurice Ferreira Neto (Diretora FNM), Cristina Viegas (INSS), Hélder Vera Cruz (Proteção Social);



Pilar Sistema de Informação e Investigação da Saúde: Eneyda Monteverde (Coordenadora SIS), Jessica Veiga (CGS), Agostinho Batista de Sousa (CGS), Andreza Batista de Sousa (Coordenadora DVE), Osvaldo Viegas (SIS); **Pilar Serviços e prestação de cuidados de Saúde:** Elisabete Barros (Coordenadora PNDNT), Isaulina Barreto (Diretora Clínica HAM), Celina Sousa (Delegada de Caué), Solange Barros (Coordenadora PSR), Sónia Afonso (Enfermeira do HAM); **Pilar Medicamentos e outras Tecnologias de Saúde:** Swasilanne Sousa (Médica do HAM), Celdidy Monteiro (Técnica de Laboratório do HAM), Rosa Neto (Coordenadora do Laboratório de Referência), Brigitte Stela (Departamento Farmacêutico); **Pilar Infraestruturas, equipamento e manutenção:** Abdelkader dos Ramos (DAF/MS), Olinto Boa Morte (Delegado de Lobata), Emilia Carvalho (DAF/MS), Manuel Tomé Lima (Delegado de Lembá), Deodato Xavier (Médico de Saúde Pública), Elídio Esteves (Diretor do DAF); **Pilar Orçamentação:** Ayet Ceita (Planeamento/Ministério das Finanças), Ana de Deus Botelho (RSS/MS), Sónia Costa Alegre (RSS/MS), Nelson Torres (Planeamento/MS), Isac Santos (CNE), Dalzon Mendes (Planeamento/Ministério das Finanças), Paulo Jorge (CGS), Carlos Alberto Costa (Orçamento/Ministério das Finanças); **Redatoras:** Adionilde Aguiar (Delegada de Água-Grande), Sara Cordeiro Pereira (OMS); **Outras entidades:** José Carlos Menezes (Hospital da RAP), Carlos Alberto (Diretor do CNE), Celso Matos (Bastonário da Ordem dos Médicos), Eula Carvalho (Sindicato dos Enfermeiros e Parteiras), Iury Pires Neto (Sindicato dos Administrativos), Benvinda Vera Cruz (Associação dos Médicos); **Parceiros:** Claudina Cruz (OMS), Anne Ancia (OMS), Vilfrido Gil Umbelina (OMS), Bruno Meessen (OMS), Hypolity Kalambay (OMS), Daisy Trovoada (OMS), Anye Muriel (OMS), Moussa Traoré (OMS), Serge Bataliack (OMS), Zeferino Saugene (Saudigitus), Carlos Fila (PNUD), Alec Mkwamba (PNUD), Sosimo Leal (OMS), Rhecia da Piedade Dua (OMS).

COPYRIGHT

Governo de São Tomé e Príncipe

APOIO

Organização Mundial da Saúde

DATA

Setembro de 2022



ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
ASC – Associação Sócio Cultural
BCG – Bacilo Calmette-Guérin
CCM – Conselho de Coordenação Multisectorial
CDC – Centros de Controlo de Doenças e Prevenção
CE – Comissão de Execução
CGS – Célula de Gestão das Subvenções
CNE – Centro Nacional de Endemias
CNES – Centro Nacional de Educação para a Saúde
CNQ – Comissão Nacional de Qualidade
CPN – Consulta Pré-Natal
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
COE – Centro de Operação de Emergências
COVID-19 – Doença do Coronavírus-19
DAF – Direção Administrativa e Financeira
DCS – Direção dos Cuidados de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DNT – Doenças Não Transmissíveis
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DT – Doenças Transmissíveis
DVE – Departamento de Vigilância Epidemiológica
FNM – Fundo Nacional do Medicamento
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População
Gavi – Aliança Mundial para Vacinas e Imunização
GDI – Índice de Desenvolvimento ajustado ao Género
HAM – Hospital Ayres de Menezes
HPV – Papilomavírus Humano
INE – Instituto Nacional de Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDS – Inquérito Demográfico Sanitário
IHME – Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde
IMVF – Instituto Marquês de Valle Flôr
INV – Inquérito Nacional de Vacinação
JRF WHO/UNICEF – Relatório conjunto OMS/UNICEF
MICS – Inquérito de Indicadores Múltiplos
MS – Ministério da Saúde



NV – Nados Vivos
OGE – Orçamento Geral do Estado
OIE – atual Organização Mundial da Saúde Animal
ONG – Organização Não-Governamental
ONGD – Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento
PANSS – Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária
PAV – Programa Alargado de Vacinação
PCV – Vacina Pneumocócica Conjugada
PEID – Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento
PIB – Produto Interno Bruto
PNDS – Plano Nacional do Desenvolvimento da Saúde
PNDTS – Plano Nacional de luta contra as doenças tropicais negligenciadas
PNLP – Plano Nacional de Luta contra o Paludismo
PNS – Política Nacional de Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSR – Programa de Saúde Reprodutiva
PVS – Desempenho de Serviços Veterinários
RAP – Região Autónoma do Príncipe
RH – Recursos Humanos
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
RSS – Reforço do Sistema de Saúde
SDG – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
SIS – Sistema de Informação da Saúde
SLIPTA – Processo gradual de melhoramento laboratorial com vista à acreditação
SNS – Sistema Nacional de Saúde
STP – São Tomé e Príncipe
TAR – Terapêutica Antirretroviral
TB – Tuberculose
TMF – Transmissão Materno Fetal
TMIJ – Taxa de Mortalidade infanto-juvenil
TDR – Termos de Referência
UGEL – Unidade de Gestão de Licitações
UNICEF – Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência adquirida
VAA – Vacina Anti febre Amarela
VAR – Vacina Anti Sarampo
VPC – Vacina Pneumocócica Conjugada
VPO – Vacina da Poliomielite Oral
WASH – Água potável, Saneamento e Higiene



PREFÁCIO

A saúde é um direito fundamental, mas não é um direito garantido. É da responsabilidade de cada um. A saúde deve começar fora das nossas instituições de saúde e ser uma preocupação desde o momento em que nascemos até ao último dia das nossas vidas. O que comemos, o que ensinamos nas nossas escolas, a forma como vivemos em família e em comunidade, e a forma como cuidamos do nosso ambiente, entre outros fatores, determinam o nosso bem-estar e a nossa saúde e tem também impacto na economia e no potencial de prosperidade do nosso país.

A pandemia de Covid-19 mostrou-nos que somos vulneráveis. Como seres humanos, como instituições e como Estado. A doença não discrimina países ou pessoas. Não conhece fronteiras.

Os esforços de muitos permitiram que o país atingisse objetivos de saúde importantes, mas que agora temos de manter.

Hoje enfrentamos um grande desafio e que é também a principal causa de mortalidade em São Tomé e Príncipe. O aumento das doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, é resultado de mudanças nos nossos hábitos diários. Esta situação está a criar uma necessidade urgente de repensar a estrutura e a organização do nosso sistema de saúde e também de concertar ações fora do sector da saúde, incluindo a educação, o ambiente e a agricultura, para um controlo eficaz desta nova epidemia. Temos também de abordar a necessidade crescente de recursos humanos qualificados para enfrentar a crescente complexidade das doenças. Preocupa-nos o problema da saúde mental, cuja dimensão real ainda desconhecemos, e a necessidade de cuidar melhor do número crescente de idosos no país.

Continuamos a ser vulneráveis. Como seres humanos, como instituições e como Estado. Conhecemos os desafios e procuramos soluções.

Construímos a visão de um sistema de saúde enraizado nas comunidades e mais próximo das pessoas, acessível a todos, capaz de responder às necessidades da pessoa, independentemente da sua idade ou condição social e económica. Um sistema que nos envolve a todos, enquanto país, na responsabilidade de melhorar a nossa literacia em saúde, no esforço de promover a saúde e prevenir a doença.



O novo PNDS, 2023-2032, está alinhado com a Política Nacional da Saúde e consubstanciado em eixos estratégicos, definidos com base na avaliação exaustiva do nosso sistema nacional da saúde em 2021.

Este documento foi elaborado de forma participativa e visiona um virar de página no nosso sistema nacional de saúde.

Um muito obrigado à equipa do Ministério da Saúde e dos peritos da OMS que trabalharam na elaboração deste plano. Ele contribuirá certamente para que São Tomé e Príncipe continue a progredir no caminho para alcançar a Cobertura Universal de Saúde assegurando acesso a cuidados de saúde de qualidade, sem causar esforços financeiros às nossas famílias e sem deixar ninguém para trás.

Contamos com todos para garantir **mais e melhor Saúde, para Todos.**



The image shows a handwritten signature of 'Celsio Junqueira' in black ink, positioned above a circular blue ink stamp. The stamp contains the text 'POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE - Disciplina - Trabalho e dos Assentamentos' around the perimeter, with 'S. TOMÉ E PRÍNCIPE' in the center. Below the signature, the name 'Celsio Junqueira' is written again in a smaller, bold font, with 'O Ministro' written underneath it.



AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde, 2023 - 2032, foi um processo complexo e desafiante. Procurou consensualizar uma estratégia de planeamento da Saúde, em harmonia com políticas e processos de outros sectores da vida do nosso país, que seja garante de **mais e melhor saúde, para todos** os são-tomenses.

Ciente do valor do resultado desse esforço, plasmado na redação deste documento final, o Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe agradece a todos os que contribuíram para a sua ampla discussão e finalização.

O sucesso deste Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde de São Tomé e Príncipe, 2023 - 2032, está nas mãos de todos aqueles que diariamente contribuem, direta ou indiretamente, para a Saúde deste país.

A Saúde começa em nós.



ÍNDICE

Ficha Técnica	4
Acrónimos e Abreviaturas	6
Prefácio	8
Agradecimentos	10
Introdução.....	14
I. Informação Geral sobre o país.....	16
1.1. Contexto político e administrativo	16
1.2. Dados geográficos	17
1.3. Dados demográficos	18
1.4. Dados económicos	19
II. Situação da Saúde em São Tomé e Príncipe	22
2.1. Estado de saúde da população.....	22
2.1.1. Saúde das Mulheres	22
2.1.2. Saúde infantil e juvenil	24
2.1.3. Saúde dos adolescentes e jovens	28
2.1.4. Saúde dos adultos e idosos.....	29
2.1.5. Perfil epidemiológico nacional	30
2.1.6. Determinantes fundamentais da saúde	36
2.2. Sistema de Saúde	44
2.2.1. Liderança, Governação e Parceria	44
2.2.2. Recursos Humanos da Saúde (RHS)	46
2.2.3. Infraestruturas, equipamentos e manutenção.....	47
2.2.4. Sistema de Informação e Investigação em Saúde	48
2.2.5. Financiamento da Saúde	49
2.2.6. Medicamentos e Tecnologias de Saúde	50
2.2.7. Serviços e Prestação de cuidados de saúde	53
2.2.8. Cobertura Universal de Saúde	55
2.2.9. Resposta a emergências e epidemias.....	57
2.2.10. Conclusão e Prioridades	62
III. Política Nacional de Saúde.....	65
3.1. Política Nacional de Saúde: fundação, visão, valores e princípios	65
3.2. Orientações para a Política Nacional de Saúde	66
IV. Implementação da nova Política de Saúde (PNDS)	69



4.1. Objetivo geral	69
4.2. Objetivos específicos	69
4.3 Sistema de Saúde Distrital centrada nos cuidados de saúde primários: Uma visão para renovada para São Tomé e Príncipe	69
4.4. Eixos estratégicos de intervenção e ações prioritárias, ao nível dos diferentes pilares do Sistema de Saúde	71
4.4.1. Prestação de cuidados e serviços de saúde	72
4.4.2. Liderança, Governação e Parceria	82
4.4.3. Recursos Humanos da Saúde	87
4.4.4. Infraestruturas, equipamentos e manutenção	92
4.4.5. Sistema de Informação e Investigação em Saúde	94
4.4.6. Financiamento da Saúde	98
4.4.7. Medicamentos e outras Tecnologias de Saúde	103
4.5. Alinhamento com os objetivos	107
V. Financiamento do PNDS.....	109
5.1. Plano de financiamento	109
5.2. Métodos de gestão dos recursos financeiros mobilizados	109
VI. Quadro e plano de implementação	112
6.1. Quadro institucional para os mecanismos de implementação e coordenação	112
6.2. Processo anual de planeamento operacional.....	112
6.3. Órgãos de monitorização da implementação.....	113
6.4. Calendário para a implementação de atividades	113
VII. Monitorização e avaliação.....	115
7.1. Atividades prioritárias de acompanhamento e avaliação	115
7.2. Monitorização dos valores alvo	116
7.3. Monitorização dos indicadores de implementação.....	117
7.4. Aprendizagem e capitalização	132
VIII. Anexos.....	134
ANEXO 1 – ORÇAMENTO DO PNDS 2023 – 2032	134
IX. Referências Bibliográficas.....	152



ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

- Figura 1. Mapa geográfico de São Tomé e Príncipe.
- Figura 2. Distribuição da população de São Tomé e Príncipe por faixa etária, entre 2012 (dados do Censo Demográfico de São Tomé e Príncipe, 2012) e 2022 (estimativa INE, STP). Fonte: INE, STP.
- Figura 3. Situação da cobertura vacinal em São Tomé e Príncipe. Fonte: INV 2017
- Figura 4. Peso relativo das doenças transmissíveis e não transmissíveis na mortalidade registada no HAM em 2020. Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.
- Figura 5. Despesa Geral de Saúde por Grupo de Doenças em 2016 e 2017. Fonte: Ministério da Saúde, 2020.
- Figura 6. Despesa Geral de Saúde por tipo de cuidados de saúde prestados. Fonte: Ministério da Saúde, 2020
- Figura 7. Evolução dos casos de paludismo em São Tomé e Príncipe nas semanas 49 a 52 de 2021 e 1 a 8 de 2022. Fonte: CNE/PNLP-Unidade estatística e S&A, 2022.
- Figura 8. Determinantes da Saúde em São Tomé e Príncipe.
- Figura 9. Percentagem dos custos em serviços de saúde suportados pelas famílias, entre 2012 – 2017, em São Tomé e Príncipe.
- Figura 10. Percentagem de agregados familiares com despesas catastróficas com saúde nos PEID e comparação com a média regional africana. Fonte: OMS.
- Figura 11. Fatores que condicionam a acessibilidade aos serviços de saúde em São Tomé e Príncipe.
- Figura 12. Organograma do Ministério da Saúde do XVII Governo Constitucional de São Tomé e Príncipe. Fonte: MS/STP.
- Figura 13. Índice de cobertura de serviços essenciais de Saúde da CUS (0-100) e comparação entre países da Região e outros PEID. Fonte: OMS 2017.
- Figura 14. Índices de cobertura de serviços em São Tomé e Príncipe de 2000 a 2019. Fonte: OMS 2017.
- Figura 15. Situação da cobertura vacinal nacional da vacina contra a Covid-19, a 21 de Agosto de 2022. Fonte: Ministério da Saúde de STP.
- Figura 16. Distribuição dos casos de Dengue em São Tomé e Príncipe a 26 de agosto de 2022. Fonte: DVE, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe; OMS.
- Figura 17. Uma visão geral do impacto das alterações climáticas: riscos para a saúde, vias de exposição e fatores de vulnerabilidade. Fonte: OMS.
- Figura 18. Pilares do Sistema Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe.
- Quadro 1. Taxa de cobertura vacinal para o HPV, por idade e por distrito sanitário.
- Quadro 2. Número total de consultas de Psicologia e Psiquiatria registadas no HAM entre 2015 – 2020.
- Quadro 3. Casos de sinistralidade rodoviária registados no HAM entre 2015 – 2020.
- Quadro 4. Caracterização da situação WASH em São Tomé e Príncipe.
- Quadro 5. Evolução do número de infraestruturas sanitárias em São Tomé e Príncipe entre 2015 e 2021.
- Quadro 6. Número total de Recursos Humanos da Saúde, por categoria profissional, em São Tomé e Príncipe 2019/2020.
- Quadro 7. Resumo do resultado da análise e diagnóstico da situação do FNM.
- Quadro 8. Número de infraestruturas sanitárias em São Tomé e Príncipe. Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.
- Quadro 9. Proposta de reorganização dos Programas de Saúde



INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Desenvolvimento de Saúde 2023 - 2032, é um instrumento essencial de governação a nível da Saúde, orientador e facilitador da construção de um compromisso para a obtenção da melhoria do estado de saúde da população são-tomense, integrando e focando os esforços de todos os atores que promovem e protegem a saúde. Este documento pretende também indicar estratégias que contribuam para o desenvolvimento de recursos humanos, inovação e investigação em saúde, e para um plano de financiamento sustentável do Sistema de Saúde.

O próximo ciclo de planeamento estratégico em saúde enfrenta vários desafios, nomeadamente a necessidade de fortalecimento e modernização do sistema de saúde, o envelhecimento da população, o aumento da incidência das doenças não transmissíveis, as iniquidades em saúde, com necessidade de uma abordagem sensível ao género e mitigação das barreiras ao acesso a cuidados de saúde, a iliteracia em saúde da sociedade civil, o impacto das alterações climáticas na saúde e as emergências em saúde pública.

Este novo Plano Nacional do Desenvolvimento da Saúde reflete uma visão renovadora e ambiciosa, com definição de eixos estratégicos e de intervenções prioritárias que integram os compromissos já assumidos, no quadro da Agenda de Transformação 2030 das Nações Unidas, para o desenvolvimento sustentável de São Tomé e Príncipe.



I. INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PAÍS



I. INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PAÍS

São Tomé e Príncipe integra o grupo dos *Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento* – PEID (do inglês *Small Island Developing States - SIDS*), também conhecidos como Estados do Grande Oceano, que agrupa alguns dos países mais vulneráveis do mundo.

O país tem um desempenho superior à média da África Subsaariana no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O IDH mais recente (2021)¹ coloca o país na categoria de países de desenvolvimento médio, ocupando a 138^a posição, entre 191 países e territórios do mundo. Entre 1990 e 2021, o valor de IDH de São Tomé e Príncipe aumentou de 0,485 para 0,618, o que representa um aumento de 27,4%. Neste mesmo período, a esperança média de vida dos sãotomenses à nascença aumentou em 6,1 anos, os anos médios de escolaridade aumentaram em 1,9 anos, e os anos previstos de escolaridade em 5,1 anos. O Rendimento Nacional Bruto *per capita* de São Tomé e Príncipe aumentou cerca de 68%. A taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade, é de 16 por 1.000 nados-vivos, de acordo com os dados mais recentes da UNICEF.³

Porém, a insularidade de São Tomé e Príncipe, geográfica e económica, a sua pequena dimensão, distância e bases de recursos limitados, a sua vulnerabilidade aos impactos das mudanças climáticas, a dependência da cooperação internacional, a procura da viabilidade político-económica, os problemas ao nível da governança e financiamento da saúde, a iliteracia para a saúde da população, a persistência de determinantes ambientais com impacto negativo na saúde da população, e de barreiras de acesso aos cuidados de saúde, constituem desafios únicos para a construção de um futuro sustentável para o país.

São Tomé e Príncipe deverá alcançar, em Dezembro de 2024, o estatuto de nação de renda média, e a consequente alteração no modelo de assistência internacional ao desenvolvimento, constituirá também um desafio. Novas estratégias e recursos deverão, não só garantir a manutenção dos ganhos em saúde conquistados até à data, como manter o país no rumo à Cobertura Universal de Saúde.

1.1. CONTEXTO POLÍTICO E ADMINISTRATIVO

Independente de Portugal a 1 de Julho de 1975, São Tomé e Príncipe adotou a democracia pluripartidária apenas em 1990. Foi um dos primeiros no continente africano a proceder à abertura política, na altura através de um referendo popular.

De acordo com a constituição política em vigor, o país é governado por um Governo central, seis Governos locais (autarquias) e por um Governo da Região Autónoma do Príncipe (RAP). As divisões administrativas existem, mas os poderes continuam concentrados ao nível do poder



central. O poder executivo é eleito para mandatos de 4 anos e reside na pessoa do Primeiro-Ministro, enquanto Chefe do Governo. O sucesso do executivo depende da maioria parlamentar, que lhe deve garantir as bases de sustentabilidade governativa.⁴

A Saúde é um bem social, reconhecido constitucionalmente. É incumbência do Estado garantir o direito e a promoção da Saúde Pública, a todos os são-tomenses e a todos aqueles que escolheram São Tomé e Príncipe para viver.

1.2. DADOS GEOGRÁFICOS

São Tomé e Príncipe é um arquipélago, constituído pelas ilhas de São Tomé e do Príncipe (área total de superfície: 1001 km²), localizado no Golfo da Guiné, a cerca de 350 km da costa do Gabão, e é atravessado no extremo sul pela linha do Equador. A ilha de São Tomé (com 850 km²) é a maior e está situada ao sul da ilha do Príncipe (com 142 km²).



Figura 1. Mapa geográfico de São Tomé e Príncipe.

O Sudoeste, mais quente e com uma precipitação pluviométrica média anual de 7.000 mm, tem uma vegetação luxuriante. As zonas baixas (até 800 m de altitude), intensamente cultivadas desde o início do século XIX até aos anos 70, estão agora a ser recuperadas por florestas secundárias. Dois parques naturais (com uma área total de 295 km²), o *Parque Natural Obô de São Tomé* e o *Parque Natural Obô do Príncipe*, asseguram a proteção de todos os biótopos presentes no arquipélago (florestas, manguezais e savana), que albergam um grande

Extremamente acidentado, o relevo é o resultado de uma atividade vulcânica muito antiga, com dois picos erodidos: o Pico de São Tomé e o Pico do Príncipe, com 2024 metros e 948 metros, de altitude, respetivamente.

O clima é tropical e húmido. As topografias íngremes, juntamente com os ventos oceânicos do Sudoeste, criam uma grande diversidade de habitats. O Noroeste de São Tomé, protegido dos ventos e coberto de savana, recebe uma precipitação pluviométrica média anual de 2000 mm.



número de espécies animais (aves e tartarugas marinhas) e vegetais endémicas, de grande interesse científico.

1.3. DADOS DEMOGRÁFICOS

De acordo com os dados do INE, a população total, em 2022, está estimada em 219.078 habitantes, com uma taxa de crescimento natural de 2,0%. As mulheres representam a maioria (50,5%), com uma população estimada de 110.606 contra 108.472 homens, o correspondente a 48,5% da população total. A maior parte da população vive nos centros urbanos (149.640 pessoas, o equivalente a 68,3% da população). Em termos de distribuição da população por faixas etárias, 35,5% da população de São Tomé e Príncipe são crianças dos 0 - 14 anos, 61,2% tem 15 - 64 anos, e 3,3% tem mais de 65 anos.² A Figura 2. compara a evolução da distribuição da população, por faixa etária, entre 2012 (com base em dados do Censo Demográfico 2012) e 2022 (com base na projeção demográfica do INE para este ano), sendo possível identificar que o crescimento da população no país se registou nas faixas etárias dos 10 aos 69 anos.

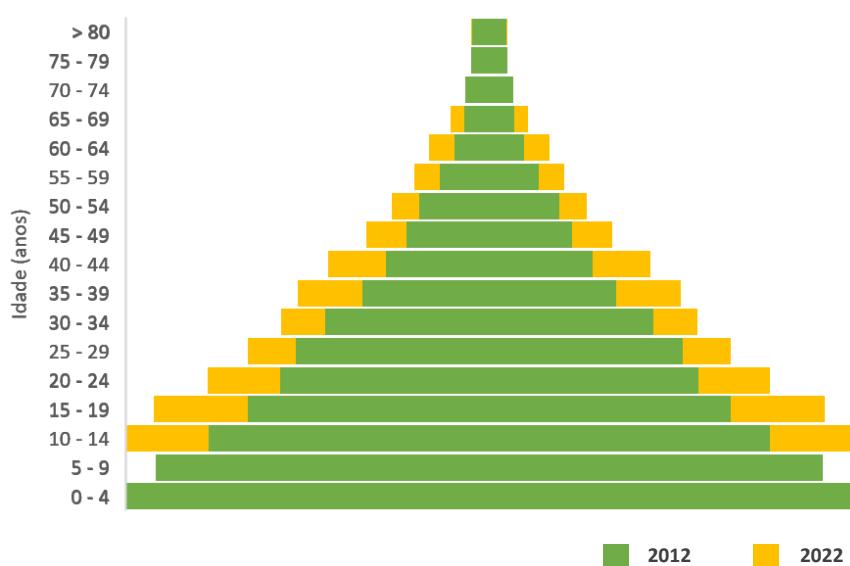


Figura 2. Distribuição da população de São Tomé e Príncipe por faixa etária, entre 2012 (dados do Censos Demográfico de São Tomé e Príncipe, 2012) e 2022 (estimativa INE, STP). Fonte: INE, STP.

A taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir desde 2012, estimando-se o seu valor em 25,7% no ano de 2022 e a esperança média de vida atual estimada é de 69,2 anos, um aumento de 4 anos em comparação com a esperança média de vida em 2012.² São Tomé e Príncipe acompanha assim a tendência global de envelhecimento da população.

A língua oficial é o português, mas são faladas outras línguas de origem bantu, bem como os crioulos de São Tomé, do Príncipe e de Cabo Verde.

Os católicos constituem a maioria da população de ambas as ilhas (80%). O resto da população é principalmente protestante, e mais recentemente tem-se assistido a um aumento da presença de muçulmanos, resultante do fluxo migratório dos países da sub-região.

1.4. DADOS ECONÓMICOS

A República de São Tomé e Príncipe é um Estado insular pequeno, em desenvolvimento, de rendimento médio baixo, com uma economia frágil e altamente vulnerável a choques externos.

De acordo com estimativas do Banco Mundial, cerca de um terço da população vive com menos de 1,90 dólares/dia, abaixo da linha de pobreza internacional, e mais de dois terços da população, utilizando a linha de pobreza mais alta do Banco Mundial, de 3,20 dólares/dia, é pobre. Áreas urbanas e distritos do sul e norte em São Tomé, como Caué e Lembá, têm níveis de incidência de pobreza mais elevados.⁵

São Tomé e Príncipe enfrenta desafios típicos de Estados pequenos e insulares, e que afetam a sua capacidade de lidar com choques e alcançar um orçamento equilibrado. O número limitado de pessoas e trabalhadores no país impede frequentemente a produção eficiente de bens e serviços, à escala necessária para satisfazer a procura tanto do mercado local, como dos mercados de exportação. O seu afastamento e insularidade aumentam também os custos de exportação, impedindo o país de diversificar a sua economia e tornando-o mais vulnerável a choques de termos de troca. A indivisibilidade na produção de bens públicos, e a dificuldade de fornecer serviços a uma população dispersa implicam um custo elevado dos bens públicos e um elevado nível de despesas públicas necessárias para fornecer serviços públicos adequados.

O crescimento económico nas últimas duas décadas foi estimulado pela agricultura, turismo, investimento direto estrangeiro alimentado pelo petróleo, mas principalmente pelas despesas governamentais impulsionadas pela ajuda externa e empréstimos governamentais.

Entre 2010 e 2019, o produto interno bruto cresceu a uma taxa média superior a 4%, embora tenha desacelerado para menos de 3% em 2018-19 devido a cortes de energia severos, atrasos do governo no pagamento aos fornecedores locais e perda do financiamento interno. A agricultura e as pescas foram também afetadas por choques climáticos e pragas agrícolas.⁵

A pandemia de COVID-19 afetou profundamente a *performance* económica dos últimos anos. A indústria do turismo, que tinha sido um motor de crescimento do sector privado e responsável por 5% do emprego formal, estagnou desde Março de 2020. No entanto, com um financiamento externo significativo, o governo conseguiu compensar a perda de rendimentos dos trabalhadores do turismo e outros impactos negativos na atividade económica. De acordo com dados oficiais, o PIB real de São Tomé e Príncipe cresceu 3,1% em 2020, apesar das perturbações causadas



pela pandemia de COVID-19. O aumento das despesas públicas com o alívio da pandemia e o financiamento de projetos com o apoio financeiro internacional excepcional, têm suportado este desempenho de crescimento.⁶

O Banco Mundial tem apoiado São Tomé e Príncipe desde o início da pandemia, fornecendo assistência financeira (incluindo uma subvenção de 2,5 milhões de dólares para a saúde), financiamento adicional para a proteção social, e uma operação de apoio orçamental de 10 milhões de dólares.⁶



II. SITUAÇÃO DA SAÚDE EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



II. SITUAÇÃO DA SAÚDE EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

2.1. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1.1. SAÚDE DAS MULHERES

Em 2020, o acidente vascular cerebral (AVC) foi a principal causa de mortalidade nas mulheres, registada no Hospital Dr. Ayres de Menezes, logo seguida por infecções respiratórias e doenças cardiovasculares (HTA e arritmia cardíaca).⁷

As mulheres em idade fértil representam cerca de 1/4 da população e a previsão é de 5000 gravidezes/ano. A taxa de fertilidade, para raparigas entre os 15 -19 anos, é mais baixa para o quintil mais rico (33/1000), em comparação com o quintil mais pobre (177/1000).^{8,9}

O aborto induzido, sem indicação médica, é um problema grave, mas ainda não quantificado. O acesso fácil a medicamentos abortivos, sem receita médica, põe em risco a saúde da mulher e aumenta a probabilidade de complicações em gravidezes subsequentes.

A taxa de prevalência de contraceção permanece baixa, apesar do aumento registado entre o ano 2014 (40,6%) e 2020 (49,7%). De acordo com o relatório MICS 2020, 2 em cada 3 mulheres (67% das mulheres inquiridas) têm as suas necessidades de planeamento familiar, com métodos contraceptivos modernos, satisfeitas. Os fatores socioeconómicos não influenciam este indicador, mas a idade tem um impacto importante, com valores de prevalência de contraceção de 54%, quando consideramos a faixa etária dos 15 - 19 anos.⁸

A gravidez precoce é considerada de alto risco para a mãe e para o feto, e tem importantes implicações sociais e biológicas. Em São Tomé e Príncipe, 21,9% das mulheres já tiveram um nado vivo antes dos 18 anos de idade, e 0,4% antes dos 15 anos de idade.⁸

As consultas pré-natais são gratuitas e incluem: rastreio trimestral da sífilis, rastreio da Hepatite B, VIH/SIDA e paludismo, acesso a tratamento preventivo do paludismo e suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso. Apesar da gratuidade das consultas, as mulheres pagam a realização das análises laboratoriais (sangue, urina e fezes) e das ecografias obstétricas. Embora a distribuição de ácido fólico e de sulfato ferroso seja gratuita, os profissionais de saúde referem que raramente a toma é iniciada no período pré concecional ou no 1º trimestre da gravidez, período crítico para a ocorrência de anomalias congénitas. No plano de vigilância da gravidez está também prevista a realização de ecografias no 1º, 2º e 3º trimestre da gravidez, mas falta formação especializada na área do diagnóstico pré-natal. Frequentemente as grávidas não cumprem o plano de ecografias indicado. Défices económicos e/ou falta de conhecimento sobre a importância da ecografia obstétrica para o diagnóstico atempado de anomalias congénitas, e para a adequada monitorização do desenvolvimento fetal, são frequentemente apontados como justificação.

A maioria dos cuidados pré-natais são prestados por enfermeiras parteiras.⁹



Segundo os dados do MICS 2020, 98% das mulheres fizeram pelo menos uma consulta pré-natal (CPN), sobreponível ao valor apurado no MICS 2014.

De acordo com os dados de um estudo realizado pela *Helpo* (ONGD), *Resultados do diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas pela população materno infantil em São Tomé e Príncipe*, em 354 das mulheres grávidas inquiridas, 79% declararam já ter bebido álcool pelo menos uma vez durante a gravidez. Mais de 80% das grávidas que consumiram bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores ao inquérito fizeram-no em até 3 dias por semana, sendo o vinho da palma doce a bebida ingerida com maior frequência.¹⁰

A cobertura de parto institucional aumentou de 91% (MICS 2014) para 95% (MICS 2020) e 96,8% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde qualificados, o que representa também um aumento em comparação com os dados do estudo de 2014, em que apenas 92,5% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde qualificados. Este indicador, variou entre 96% e 97,5% quando o número de CPN passou de 1 a 3, para 4 ou mais consultas.^{8,11}

Após o parto, 84,1% das mulheres realizaram exames complementares de diagnóstico. Este indicador foi mais elevado nas mulheres com índice de bem-estar económico mais rico (91,4%), do que nas mulheres com índice mais pobre (79,7%).⁸

Da análise dos dados apresentados é esperado um impacto positivo na taxa de mortalidade materna. Porém, neste último MICS (2020), este indicador não foi calculado, tendo sido considerada a taxa de mortalidade materna observada no IDS 2009 (158/100.000 NV) e no MICS 2014 (74/100.000 NV), em que se tinha registado uma redução deste indicador.⁸

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma estratégia visando a eliminação do cancro do colo do útero, classificado como um problema de saúde pública em todo o mundo. Essa estratégia sinaliza os objetivos a serem alcançados até 2030, que são:

- 90% de meninas vacinadas com a vacina para papilomavírus humano (HPV) aos 15 anos de idade;
- 70% das mulheres rastreadas com um teste de alta qualidade aos 35 anos e novamente aos 45 anos de idade;
- 90% das mulheres diagnosticadas com cancro do colo do útero a fazer tratamento (90% das mulheres com neoplasias precursoras tratadas e 90% com cancro invasivo sob tratamento).

Não existe um rastreio, de base populacional, do cancro do colo do útero ou do cancro da mama, e não existem dados publicados sobre a prevalência de cancro ginecológico, em São Tomé e Príncipe.



2.1.2. SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

A taxa de mortalidade neonatal e diminuíram significativamente nos últimos anos. De 22/1000 nados vivos em 2014, para 8/1000 nados vivos em 2020, no caso da mortalidade neonatal, e de 45‰ em 2014, para 16‰ em 2020, no caso da mortalidade infanto-juvenil.^{3,8,11} O relatório MICS 2020 admite, no entanto, que a variação destes valores pode refletir variações reais nas estruturas de mortalidade na população ao longo dos referidos períodos, variações amostrais e/ou problemas da qualidade de dados, incluindo o sob registo das crianças.

Existe um impacto significativo do índice de bem-estar económico na taxa de mortalidade infantil: 28/1000 no quintil mais pobre vs 9/1000, para os quintis mais ricos.¹²

A problemática das crianças com anomalias congénitas continua a ser desconsiderada. Não existe um Registo Nacional de Anomalias Congénitas e é desconhecido o perfil epidemiológico dos defeitos que são diagnosticados. Os dados mais recentes, publicados pela UNICEF em 2019, indicam que as anomalias congénitas foram, em 2016, a 3ª causa mais frequente de morte neonatal (17%). Não existem planos nacionais para a implementação de intervenções efetivas para a prevenção e para o diagnóstico precoce (pré-natal ou neonatal) de anomalias congénitas. Faltam recursos humanos e materiais para a sua abordagem no período neonatal, para evitar a morte do recém-nascido ou mitigar as sequelas. Em 2020, as anomalias congénitas foram a 4ª causa mais frequente de evacuação sanitária para Portugal.⁷

O país continua a enfrentar surtos recorrentes de diarreia, doenças respiratórias agudas e de doença febril aguda, principalmente em crianças menores de 5 anos de idade, e que continuam a ser a principal causa de morbimortalidade na infância. Outras infeções, como conjuntivite e parotidite, têm aumentando nos últimos tempos. No caso da conjuntivite, o número de casos duplicou de 2014 para 2019 (2430 casos para 4408, respetivamente). A parotidite registou um aumento brusco em 2019, quando em 2014 não se tinha registado qualquer caso.⁷ Embora sejam situações sazonais, teme-se que o aumento exponencial do número de casos possa agravar ainda mais o perfil epidemiológico.

Os dados estatísticos publicados relativos ao diagnóstico de diarreia confirmam um aumento do número de casos entre 2014 e 2019: 7412 casos, em 2014, para 7521 casos em 2019, com maior incidência no distrito de Água Grande. Pelo contrário, o número de casos de infecção respiratória aguda diminuiu drasticamente de 2014 (25.635 casos) para 2019 (8.939), e Água Grande foi também o distrito com maior número de ocorrências.⁷

O acesso limitado a água potável segura, hábitos de higiene e saneamento básico deficientes, um ambiente doméstico pouco saudável e a eliminação inadequada de resíduos humanos, são apontadas como as principais causas para a ocorrência das diarreias e infecções respiratórias em crianças abaixo dos 5 anos de idade.⁸

De acordo com o inquérito nacional sobre a cobertura vacinal de 2017 (INV), 88% das crianças com 12-23 meses de idade, têm um boletim de vacinação. O mesmo inquérito destaca que, de



acordo com o boletim de vacinação ou a história, 96% das crianças dos 12-23 meses foram vacinadas com BCG, 93% receberam a 3^a dose da pentavalente, 93% receberam a 3^a dose da vacina oral contra a poliomielite (VOP), 83% a vacina pneumocócica conjugada 13 (VPC13), 90% a primeira dose da vacina anti-rubéola (VAR) e 86% a vacina anti-amaril (VAA), contra a febre amarela. No entanto, e em concordância também com os dados do MICS 2020, a percentagem de crianças que tomaram todas as vacinas recomendadas no calendário, antes do seu primeiro aniversário (taxa de cobertura completa de vacinação), é de apenas 65,9%, valor significativamente inferior à meta do programa alargado de vacinação (PAV), de 90%. Este valor é sobreponível ao valor registado no MICS 2014, mas melhor em relação ao INV 2017 (61,6%). (Figura 4.)¹³

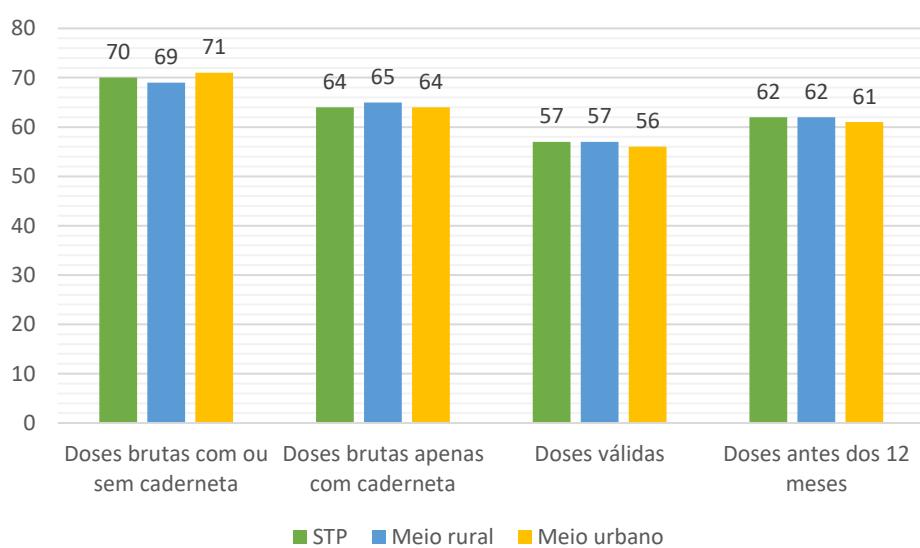


Figura 3. Situação da cobertura vacinal em São Tomé e Príncipe. Fonte: INV 2017.

As taxas de cobertura vacinal, com base em dados válidos do boletim, são mais baixas que as taxas de coberturas baseadas em doses brutas (boletim e história, sem controlo de validade). Esta realidade revela o incumprimento do calendário vacinal.

Dados da UNICEF indicam que a percentagem de crianças, entre os 12-23 meses de idade, completamente imunizadas diminuiu de 66%, em 2019, para 41,5% em 2021. As medidas de confinamento e o investimento feito na imunização contra a COVID-19 podem justificar a diminuição da cobertura para outros抗igénios.³ O objetivo de vacinação do PAV (90%) não está alcançado.

Se considerarmos a proporção de crianças completamente vacinadas em função dos distritos sanitários, os valores são mais baixos nos distritos de Cantagalo (51%) e Lobata (38%). O nível de instrução das mães também influencia este indicador. As crianças das mães de nível de instrução mais elevado são mais vacinadas do que as crianças de mães menos instruídas, não havendo diferença entre crianças que residem em meio rural vs meio urbano.¹³ De acordo com

os dados do INV 2017, os motivos apontados para não vacinar as crianças dos 12 aos 23 meses de idade são, problemas de *informação* (39%), problemas de *motivação* (22%) e *obstáculos* (38%). O problema *obstáculos* foi mais citado em meio urbano, e 41% das mães inquiridas não tinham escolaridade ou apenas o nível primário. O desconhecimento do calendário vacinal é o problema *informação* mais comum (11%) e foi mais citado em meio rural. A ocupação das mães e as longas esperas nas unidades de saúde são os motivos mais comuns apontados no problema *obstáculos*, principalmente em zonas urbanas.¹³

O número total de *crianças com dose zero* é estimado em 296 (IHME 2020), o que representa um número um pouco acima da estimativa nacional feita pelo JRF - WHO/UNICEF em 2019, que era de 172 crianças. É importante ter em consideração a avaliação do IHME para evitar uma subestimação das populações prioritárias. O país, com o suporte da Gavi, estabeleceu recentemente como meta, alcançar todas as crianças dose zero e diminuir em 25% as crianças subvacinadas.¹⁴

De acordo com dados da OMS, o cancro do colo do útero é o quarto cancro mais comum nas mulheres a nível mundial, estimando-se 604 000 novos casos e 342 000 mortes em 2020. Cerca de 90% dos novos casos e das mortes em todo o mundo, em 2020, ocorreram em países de baixo e médio rendimento. O papilomavírus humano (HPV) é transmitido principalmente através do contacto sexual e a maioria das pessoas são infetadas com HPV logo após o início da atividade sexual. A vacinação contra o HPV e o rastreio e tratamento de lesões pré-cancerígenas são formas custo-efetiva de prevenção do cancro do colo do útero. Se diagnosticado numa fase precoce e tratado prontamente, pode ser curado. A população-alvo principal para a vacinação são as meninas entre os 9 a 14 anos, antes de iniciarem a atividade sexual. Atualmente, a OMS recomenda que esse grupo-alvo receba duas doses da vacina contra o HPV.

DISTRITO	% COBERTURA/IDADE				
	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos
Água Grande	84,2	99,8	97,4	149,7	65,4
Mé-Zóchi	65,5	90,1	108,8	62,1	72,1
Lobata	49,7	75,1	75,8	136,0	63,3
Cantagalo	26,1	69,8	61,5	92,3	59,3
Lembá	3,7	121,2	86,8	98,8	138,9
Caué	21,9	72,1	83,0	69,7	156,1
RAP	37,4	59,0	60,3	152,2	66,7
Total	56,1	90,6	89,9	96,3	75,7

Quadro 1. Taxa de cobertura vacinal para o HPV, por idade e por distrito sanitário. Fonte: Programa de Saúde Reprodutiva, 2021.

Em 2020, a estratégia lançada pela OMS para eliminação do cancro de colo do útero definiu como objetivo até 2030, 90% das meninas aos 15 anos de idade vacinadas contra o HPV. A alta



cobertura vacinal em meninas (>80%) reduz significativamente o risco de infecção pelo HPV em meninos.

Em São Tomé e Príncipe a vacina HPV faz parte do Plano Nacional de Vacinação desde 2017.

Com exceção dos dados registados em 2018 e 2019, o número de casos de paludismo, diagnosticados em crianças, com menos de 5 anos de idade, tem vindo a decrescer. Em 2020, 163 testes realizados nesta faixa etária foram positivos, mas apenas 26 precisaram de tratamento em internamento. Desde 2015 não há registo de óbitos em crianças com menos de 5 anos de idade.¹⁵

A taxa de incidência e prevalência por tuberculose tem vindo a diminuir progressivamente nos últimos 5 anos. No ano 2021 só foram diagnosticados 2 casos de tuberculose em crianças menores de 15 anos, correspondendo a 2,4% do total de casos notificados, e não houve notificação de casos em crianças com menos de 5 anos. Este resultado é, no entanto, muito baixo face ao esperado de 10-11% do total dos casos. É necessário rever as estratégias para melhorar o diagnóstico da tuberculose infantil.⁷

O número de casos de VIH, em São Tomé e Príncipe, tem vindo a diminuir. Nas grávidas, apesar da testagem e da cobertura da terapêutica antirretroviral ter sido de 100%, a taxa de transmissão materno-fetal foi de 5,4% em 2021, um aumento de 2,5% em relação a 2019.⁷ Para atingir os objetivos de eliminação da TMF é necessário reforçar estratégias para melhorar a adesão e cumprimento da TAR.

O programa de Doenças Tropicais Negligenciadas tem realizado, desde 2014, campanhas de tratamento preventivo em massa, contra a Geohelmintíase e a Schistosomíase, em crianças em idade escolar (de 2/2 ou 3/3 anos). Estas campanhas foram desenvolvidas na sequência dos resultados de estudos realizados em 2014, que mostraram uma elevada prevalência (99%) de Geohelmintíase (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *ancilostomídeos*) em crianças. Os dados mais recentes (2017) revelaram uma prevalência ainda elevada, com 73,8% das crianças a testarem positivas para a presença de parasitas nas fezes.¹⁶ A gestão insegura dos excrementos humanos, a falta de higiene pessoal e o baixo acesso a água potável estão estreitamente associadas às infecções parasitárias transportadas pelo solo.

Em São Tomé e Príncipe, seis em cada dez crianças, com menos de 5 anos de idade (67%), são diagnosticadas com anemia. A elevada prevalência de anemia exacerba os efeitos da desnutrição, com agravamento da resposta imunitária e compromisso do desenvolvimento neuro psicomotor da criança. Relativamente aos quintis de pobreza, destaca-se que a prevalência da anemia é mais baixa nas crianças do quintil mais rico. Não se observam diferenças importantes entre local de residência, urbano vs rural.¹¹ Não existem dados recentes que permitam analisar a tendência de evolução da prevalência de anemia no país. Em São Tomé e Príncipe, na faixa etária abaixo dos 5 anos de idade, 12% são excessivamente magras para a altura, e 5% têm o crescimento permanentemente comprometido.²



As queimaduras em crianças são um motivo frequente de observação no Serviço de Urgência e internamento no Hospital Ayres de Menezes. As queimaduras deixam sequelas físicas e psicológicas nas crianças e suas famílias, motivam internamentos prolongados, condicionando um afastamento, por tempo indeterminado, do seu contexto familiar, dos amigos e da escola. Este tipo de trauma representa também um gasto significativo de recursos de saúde (pelo material consumível usado nos pensos, pela alocação de tempos operatórios e necessidade de reabilitação).¹⁷ Não existem dados publicados sobre a prevalência e perfil epidemiológico das queimaduras em idade pediátrica, em São Tomé e Príncipe.

2.1.3. SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A análise da saúde dos adolescentes e jovens em São Tomé e Príncipe revela a falta de conhecimento em matéria de sexualidade e saúde reprodutiva, com gravidezes precoces e indesejadas, abortos inseguros e suas complicações, relações sexuais precoces, não protegidas e, muitas vezes, com parceiros múltiplos, doenças sexualmente transmissíveis (incluindo a infecção por VIH/SIDA e o HPV). Outros problemas nesta faixa etária são, os traumatismos, o uso de drogas ilícitas e não ilícitas (álcool e tabaco) e problemas de saúde mental e violência, incluindo a violência baseada no género.⁸

De acordo com dados do MICS 2020, 36,8% dos adolescentes já iniciaram a sua atividade sexual e 5,4% fizeram-no antes dos 15 anos de idade. O estudo *Conhecimentos Atitudes e Prática*, realizado em 2014 pela UNICEF, observou que a taxa de uso de preservativos entre adolescentes foi de 40,6%, tendo aumentado para 61,7% em 2016 e 62,5% em 2019.¹⁸ Estes dados indicam um melhoria no conhecimento e uso dos preservativos nas relações sexuais, possivelmente resultado das ações de comunicação desenvolvidas por várias associações juvenis e ONG, e da disponibilização gratuita de preservativos em vários locais, incluindo nas escolas. A taxa de gravidez entre adolescentes, dos 15 aos 19 anos continua, no entanto, elevada (32% das adolescentes declararam ter tido um filho antes dos 18 anos de idade), especialmente no quintil mais pobre e nas adolescentes com menos anos de escolaridade.⁸ Continua a observar-se também uma baixa procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelos adolescentes.

O consumo de álcool e drogas pelos adolescentes apresenta uma tendência crescente. As ações de sensibilização desenvolvidas (por ONG, Escolas, Instituto de luta contra as drogas, meios de comunicação social, Ministério da Saúde/PSR e Associações juvenis), não foram suficientes para a mudança de comportamento dos adolescentes. Um estudo da UNICEF em 2017 sobre *Expectativas, problemas e aspirações dos jovens e adolescentes*, revelou que 37% dos inquiridos começaram a consumir álcool entre os 14-17 anos, com uma pequena diferença entre rapazes (55%) e raparigas (50%). No mesmo estudo, os jovens e adolescentes citaram a droga e o álcool como sendo dois dos maiores problemas com os quais se confronta a juventude em São Tomé e Príncipe, logo depois da falta de emprego.¹⁹ Mais recentemente, o



relatório MICS 2020 mostra que 52% das mulheres e 71% dos homens, entre os 15 - 49 anos de idade, consumiram álcool antes dos 15 anos de idade.

No que diz respeito à higiene menstrual, a maioria das adolescentes e jovens usam materiais apropriados durante a menstruação (82-84% usam toalhas), e 93-95% referem ter um lugar privado em casa para lavar e mudar de roupa.⁸

Não existem dados sobre a saúde mental dos adolescentes e jovens em São Tomé e Príncipe.

2.1.4. SAÚDE DOS ADULTOS E IDOSOS

O relatório da Missão de Apoio à Cobertura Universal de Saúde em São Tomé e Príncipe, 2021, alerta para o aumento do peso da morbidade e mortalidade por doenças não transmissíveis (DNT), como hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), acidente vascular cerebral (AVC) e traumatismos. O AVC foi a principal causa de mortalidade no adulto registada no Hospital Dr. Ayres de Menezes (HAM), em 2020, seguida por infecções respiratórias e problemas cardiovasculares. Os traumatismos cranianos foram a 3^a causa de admissão e a 10^a causa de morte no HAM em 2020, afetando principalmente os homens.⁷

A mortalidade por DNT em São Tomé e Príncipe tem aumentado de forma constante, de 49% de todas as causas de morte em 2011, para 55% em 2018. Estima-se que 70% de todas as admissões no HAM, em 2020, estiveram relacionadas com DNT.^{7,8}

De acordo com o estudo STEPS 2019, uma em cada três pessoas, com mais de 45 anos de idade, sofre de tensão arterial elevada (HTA).²⁰ As mulheres são mais afetadas do que os homens (31,9% em comparação com 14,4%), mas quando diagnosticada, a percentagem dos homens que toma a medicação (57%) é superior à das mulheres (39%).⁸

Nove em cada 10 pessoas inquiridas tem o valor de colesterol no sangue elevado (87,2%). A percentagem de adultos com elevado nível de açúcar no sangue, em jejum, é 8,6%.²⁰

A percentagem de adultos com excesso de peso é de 45% (índice de massa corporal médio superior a 25 kg/m²), enquanto 16,7% são considerados obesos (índice de massa corporal média superior a 30 kg/m²). A obesidade é mais prevalente nas mulheres (21%) do que nos homens (5,4%).⁸

Ainda relativamente aos fatores de risco para DNT, o mesmo inquérito STEPS 2019 mostra que, 17,5% dos adultos inquiridos entre os 18-69 anos têm pelo menos três fatores de risco combinados (consumo de tabaco, sedentarismo, álcool e/ou dieta inadequada) sendo, portanto, considerados como *em risco* de desenvolver uma DNT.²⁰



2.1.5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

São Tomé e Príncipe alcançou resultados notáveis em várias doenças, nomeadamente paludismo, VIH/SIDA, TB e doenças tropicais negligenciadas, e na cobertura de serviços essenciais (vacinação, assistência qualificada ao parto). É urgente, no entanto, a planificação de estratégias para lidar com a transição epidemiológica, já consumada e com impacto grave na saúde dos adultos e idosos, e no sistema de saúde de São Tomé e Príncipe.

De acordo com dados do Anuário Estatístico da Saúde 2021, o atual perfil epidemiológico de São Tomé e Príncipe é marcado pelo predomínio de doenças não transmissíveis (DNT). O peso da morbidade e mortalidade no país é agora dominado por doenças cardiovasculares (como AVC e HTA), doenças endócrinas (principalmente Diabetes *mellitus*), doenças broncopulmonares crónicas e doenças oncológicas, com tendência de agravamento. Dados epidemiológicos dos últimos anos mostram que o AVC não só é a principal causa de morte no país, como também mata mais pessoas/ano do que o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo combinados.¹² Mais de 60% da mortalidade registada no HAM, em 2020, foi devida a DNT, 9% da mortalidade foi devida a infecção por VIH/SIDA e tuberculose, e o traumatismo crânioencefálico foi a 3^a causa mais frequente de internamento e a 10^a causa mais frequente de morte. Não se registou nenhuma morte por paludismo em 2020.⁷

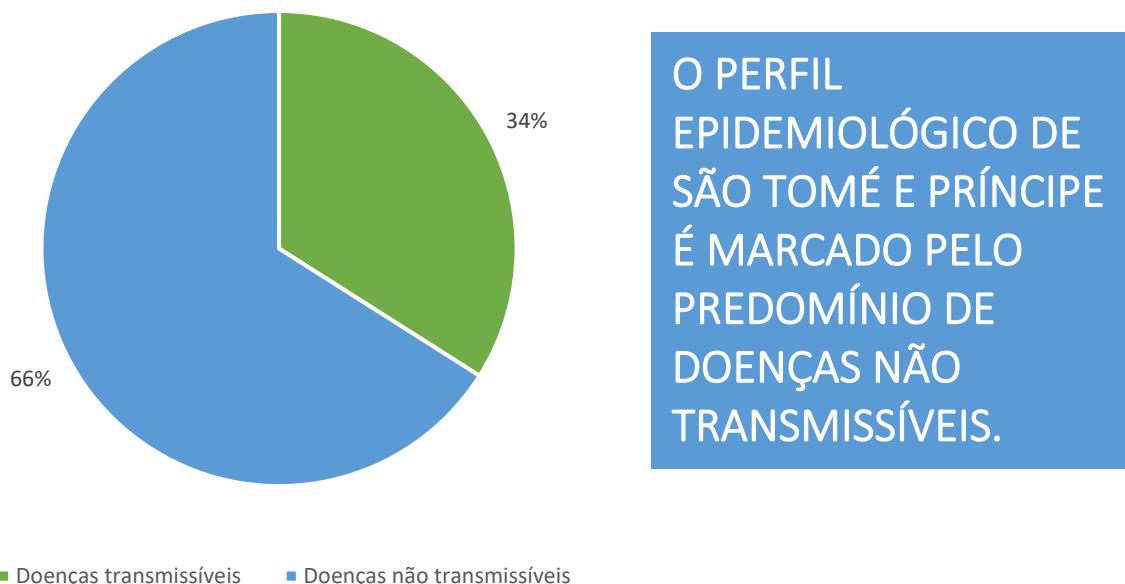


Figura 4. Peso relativo das doenças transmissíveis e não transmissíveis na mortalidade registada no HAM em 2020. Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.



Se analisarmos os dados mais recentes do Ministério da Saúde relativos às Despesas Gerais de Saúde por Grupos de Doenças, constatamos que as DNT representaram, em 2017, apenas 20,74% das despesas gerais de saúde, valor menor que em 2016 (24,86%).²¹ (Figura 6.)

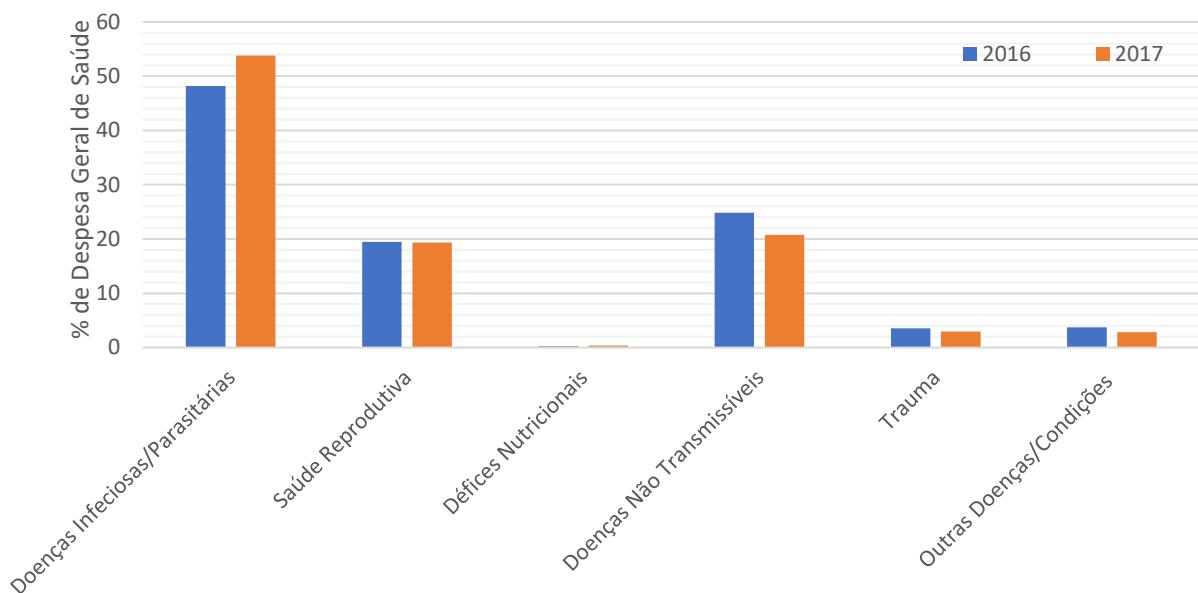


Figura 5. Despesa Geral de Saúde por Grupo de Doenças em 2016 e 2017. Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

A forte emergência das doenças não transmissíveis é, em grande parte, consequência da mudança no estilo de vida e na alimentação da população. Cerca de 1 em cada 6 adultos está em risco de desenvolver uma DNT.¹²

A diminuição do impacto das DNT nos indivíduos e na sociedade exige uma abordagem abrangente, com envolvimento multisectorial, incluindo a saúde, as finanças, os transportes, a educação, a agricultura, o planeamento e outros. Deve ser promovida uma abordagem de “saúde em todas as políticas” em todos os departamentos ministeriais, para que colaborem na redução dos fatores de risco associados às DNT e promovam intervenções para a sua prevenção e controlo.

Abaixo, na Figura 6., pode constatar-se que os cuidados de saúde curativos representaram, em 2016 e 2017, a maior despesa de saúde, com 59,68% e 65,99% respetivamente, e correspondendo a 62,84% das despesas gerais de saúde. Em média, nos dois anos, 2016 e 2017, os cuidados preventivos corresponderam a apenas 26% das despesas gerais de saúde, tendo-se registado uma diminuição desse valor de 2017 para 2016. Os cuidados de saúde de reabilitação representam o menor valor de despesas de saúde no período em análise, representando 0,01% das despesas gerais de saúde.²¹

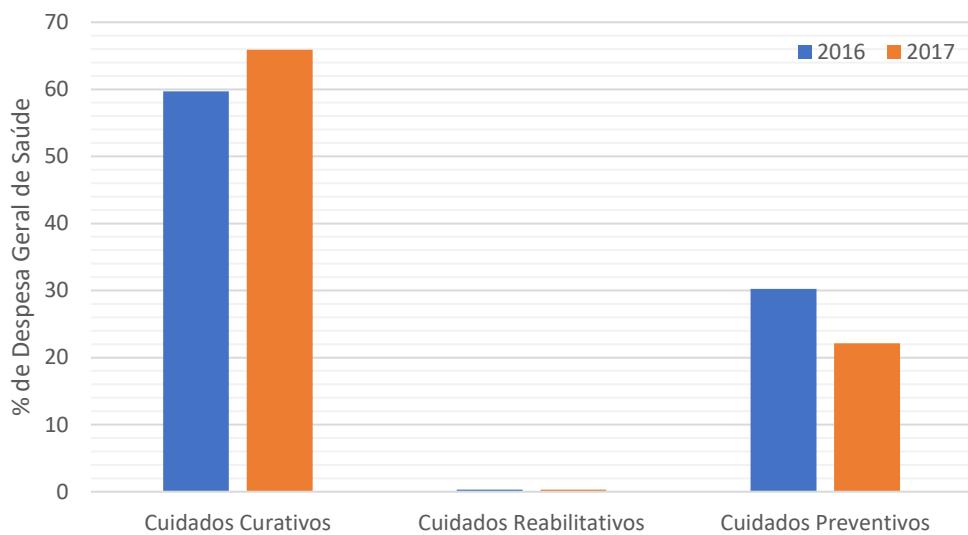


Figura 6. Despesa Geral de Saúde por tipo de cuidados de saúde prestados. Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

As doenças transmissíveis continuam a constituir um problema de saúde pública, com elevada incidência ainda de doenças respiratórias agudas, doenças diarreicas e outras doenças transmissíveis relacionadas com fatores ambientais e comportamentais (em especial, água e saneamento).¹² A taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, diminuiu significativamente nos últimos anos^{8,11}, mas continua a dever-se essencialmente a diarreia, doenças respiratórias agudas e doença febril aguda.

São Tomé e Príncipe é atualmente conhecida como uma área hipo-endémica para o paludismo e a visão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é a de STP livre de paludismo até 2025.^{7,15} São Tomé e Príncipe faz parte dos 8 países, identificados pela OMS na iniciativa E-2025, com potencial para a eliminação da malária até 2025. Embora a paludismo ainda seja um dos principais problemas de saúde pública, já não é a principal causa de morbimortalidade no país. A incidência do paludismo em STP mostrou uma diminuição significativa e acelerada, embora com registo de surtos entre 2011 e 2019. Em 2020, a incidência por 1000/habitantes foi de 9,2. A taxa de positividade atual é de 1%.⁷ O país registou uma redução considerável da mortalidade relacionada com a paludismo entre 2012 e 2018, passando de 3,9-6,0/100.000 para 0/100.000 habitantes. Nenhuma morte por paludismo foi registada desde 2017.^{7,8}

Ao longo do ano de 2021 o país registou, no entanto, a ocorrência de surtos de casos de paludismo em quase todos os distritos do país, culminando com o registo de 2730 casos. Este incremento de casos permaneceu até ao início deste ano de 2022, tendo o país já registado 718 casos de paludismo entre a semana 1 e a semana 8 de 2022, o que representa um aumento



de 195%, em comparação com igual período em 2021, evidenciando uma situação de epidemia no país. Estes números comprometem o objetivo do programa de eliminação do paludismo em São Tomé e Príncipe até 2025.

Apesar das medidas de resposta implementadas, entre elas a busca ativa dos casos, reforço das medidas de prevenção e de luta contra o vetor (aplicação de inseticidas nos criadouros ações de pulverização, da vigilância epidemiológica, entre outros), a situação prevalece.²²

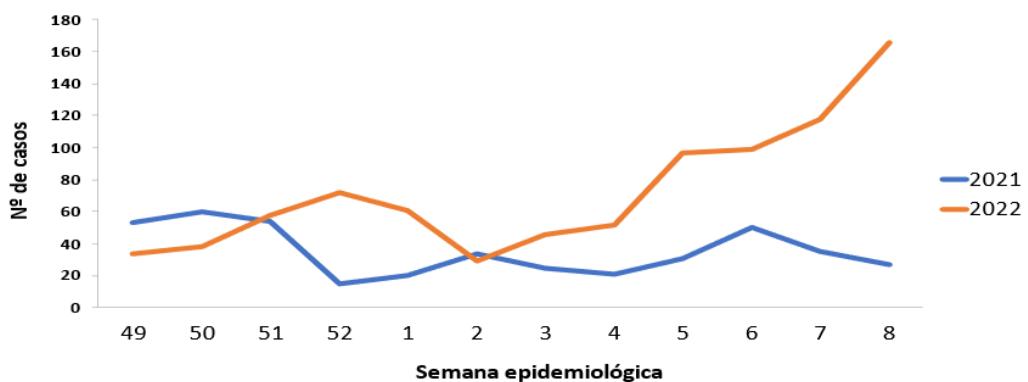


Figura 7. Evolução dos casos de paludismo em São Tomé e Príncipe nas semanas 49 a 52 de 2021 e 1 a 8 de 2022. Fonte: CNE/PNLP-Unidade estatística e S&A, 2022.

Desde 2018, e com o objetivo de eliminação da filariase linfática em São Tomé e Príncipe, o país já completou 3 campanhas de distribuição em massa de medicamentos (2018, 2019 e 2020) para cobrir toda a população em risco. A primeira com albendazol e dietilcarbamazina e as duas subsequentes, após introdução da terapia tripla recomendada pela OMS, com ivermectina-dietilcarbamazina-albendazol. Os inquéritos conduzidos após cada uma das campanhas, confirmaram uma cobertura superior a 65% em cada um dos 7 distritos sanitários endémicos. Entre Março e Maio de 2022, com o apoio da OMS e seguindo o protocolo proposto, foi feita a primeira avaliação da transmissão da filariase linfática no país. O número total de casos de filariase linfática detetados foi 21, tendo o número de casos/unidade de avaliação sido significativamente abaixo do limiar crítico de 9, definido para a unidade de avaliação do Príncipe, e de 18 para as restantes unidades. Todos estes 21 casos positivos foram testados para microfilarémia noturna por gota grossa calibrada e foram considerados negativos.

Os resultados desta avaliação indicam que o país fez progressos significativos no sentido da eliminação da filariase linfática em São Tomé e Príncipe. Na sequência dos resultados desta avaliação, os 7 distritos, que constituem as 7 unidades de implementação de controlo, são a favor de parar o tratamento em massa. É, no entanto, necessário garantir um sistema eficaz de vigilância epidemiológica, após a cessação do tratamento em massa para deteção de um



possível ressurgimento da transmissão, e garantir a gestão da morbidade e prevenção da deficiência pós doença, que é o segundo eixo estratégico na luta contra a filariase linfática.²³

A epidemia do VIH/SIDA em São Tomé e Príncipe ainda é do tipo concentrada ou de baixo nível, com tendência de diminuição dos casos. Foram confirmados e notificados, em 2021, um total de 50 casos novos de VIH, com as faixas etárias dos 30 - 49 anos de idade e maiores de 65 anos a concentrarem a maior proporção dos casos (76%). O programa tem conseguido atingir resultados satisfatórios no que concerne às duas primeiras *metas 90* (diagnóstico de infetados e infetados em tratamento) mas, em relação à terceira *meta 90* (90% com carga viral não detetável), ainda persistem alguns desafios. Outro desafio é a prevenção da transmissão materno fetal (TMF). Os dados observados em 2021 podem comprometer a obtenção da certificação da eliminação da transmissão materno fetal. Apesar da testagem e a cobertura da terapêutica antirretroviral (TAR) nas grávidas ter sido de 100%, a taxa de TMF aumentou de 2% em 2019, para 5,4% em 2021.^{7,24}

A taxa de incidência por tuberculose tem diminuído nos últimos cinco anos (de 68,7/100.000 em 2017 para 36,8/100.000 habitantes em 2021). Relativamente à taxa de prevalência, a curva segue a mesma tendência que a da incidência, tendo diminuído de 72,3/100.000 habitantes em 2017, para 38,2/100.000 habitantes em 2021. As faixas etárias dos 35 - 44 e dos 45 - 54 anos foram as mais afetadas pela doença, ambas com 21,9% dos casos. De realçar que em 2021, na faixa dos 0 - 4 anos, não se notificou nenhum caso de tuberculose.²⁴

O país tem-se mostrado vulnerável a doenças epidémicas, com consequente sobre esforço das estruturas e dos recursos do sistema de saúde e agravamento da morbidade e mortalidade global. São exemplos recentes a pandemia de COVID-19 e a epidemia de Dengue em 2022. O progresso significativo dos resultados alcançados para doenças transmissíveis, incluídas em programas específicos, ficou em risco durante a pandemia de COVID-19.¹²

Não existem dados sobre a Saúde Oral em São Tomé e Príncipe.

Em todo o Mundo as necessidades em saúde mental são elevadas. As respostas, porém, ao nível da política e leis sobre saúde mental, do investimento na saúde mental para garantir fundos e recursos humanos adequados, da colaboração intersectorial para compreender os determinantes sociais e estruturais de saúde mental, e o planeamento de cuidados integrados ao doente, são ainda insuficientes e inadequadas, criando barreiras à definição de intervenções que permitam às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente na sociedade.

No que diz respeito à saúde mental em São Tomé e Príncipe, apenas são conhecidos o número de consultas de Psicologia e o número de consultas e de internamentos por Psiquiatria, no HAM.⁷ Psiquiatria foi a 6^a especialidade com mais doentes observados em Consulta Externa em 2020, totalizando 946 consultas. (Quadro 2.) No mesmo ano foram registados 334



internamentos no Serviço de Psiquiatria. Não existem referências ao perfil epidemiológico dos doentes observados nestes serviços.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psicologia	1115	723	1198	1325	1166	961
Psiquiatria	989	1020	1062	1169	862	946

Quadro 2. Número total de consultas de Psicologia e Psiquiatria registadas no HAM entre 2015 – 2020.

Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.

Não existem dados sobre a incidência/prevalência de doença oncológica ou perfil epidemiológico dos doentes diagnosticados com cancro, em São Tomé e Príncipe. Na análise dos dados disponíveis, é a causa mais frequente de evacuação sanitária para Portugal desde 2016. Em 2020 foram evacuados 53 doentes com o diagnóstico de tumor.⁷

Não existem dados sobre o número de internamentos por queimaduras, em adultos ou crianças.

A sinistralidade rodoviária é uma das principais causas de traumatismos no país. Em 2020, só no Hospital Dr. Ayres de Menezes, foram registados 919 casos (84% do total de acidentes envolveram motociclos), e 14 óbitos (10 dos quais consequentes a acidente com motociclo).⁷ A sinistralidade rodoviária tem-se mantido elevada desde 2015. (Quadro 3.)

ACIDENTES DE VIAÇÃO	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Casos	Óbitos										
Motociclos	897	8	1062	7	911	9	872	7	854	14	789	10
Bicicleta	53	0	50	0	36	0	34	0	30	0	31	0
Carro	160	11	229	8	159	10	135	5	164	5	99	4

Quadro 3. Casos de sinistralidade rodoviária registados no HAM entre 2015 – 2020. Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.

Admite-se que os dados referentes aos casos de sinistralidade ocorridos no ano de 2020 tenham sido influenciados pelo impacto da pandemia de Covid-19, altura em que houve confinamento e redução na circulação rodoviária.



2.1.6. DETERMINANTES FUNDAMENTAIS DA SAÚDE

O contexto da vida das pessoas determina a sua saúde. Portanto, culpar os indivíduos por terem problemas de saúde ou creditá-las por terem uma boa saúde é inadequado. É improvável que os indivíduos sejam capazes de controlar diretamente muitos dos determinantes da saúde.

www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health



Figura 8. Determinantes da Saúde em São Tomé e Príncipe.

SITUAÇÃO ECONÓMICA Em São Tomé e Príncipe, as vulnerabilidades persistem apesar dos progressos no índice de desenvolvimento humano nos últimos anos, com taxas de pobreza e de pobreza extrema, elevadas. O inquérito aos agregados familiares em 2017, registou uma incidência da pobreza extrema de 47%.² Este inquérito indica que o grupo de famílias mais vulnerável é aquele cujo chefe de família está desempregado. Neste grupo a taxa de pobreza os 66% e quase todo o grupo (92%) é suscetível de cair na pobreza extrema no caso de um choque externo. Neste contexto, o risco de catástrofe financeira devido a doença é elevado. Mesmo um custo muito pequeno, seja diretamente com os cuidados de saúde, ou indiretamente, como com custos de transporte, pode criar uma barreira significativa de acesso aos cuidados de saúde.¹²

As famílias são-tomenses continuam a enfrentar as taxas mais elevadas de gastos com cuidados de saúde entre todos os PEID, e taxas superiores à média em África.⁶ Em 2017, 14,3% do custo médio dos serviços de saúde era suportado pelas famílias, valor superior ao ano de

2016 e com maior impacto nas camadas mais pobres da população (Figura 9.) São Tomé e Príncipe é também o país da região africana e dos PEID com maior percentagem de agregados familiares com despesas catastróficas em saúde. (Figura 10.)

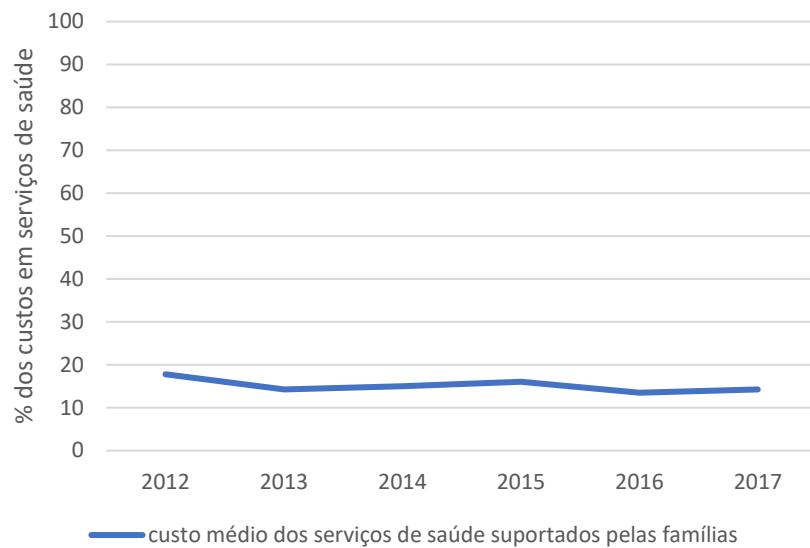


Figura 9. Percentagem dos custos em serviços de saúde suportados pelas famílias, entre 2012 – 2017, em São Tomé e Príncipe. Fonte: Ministério da Saúde São Tomé e Príncipe.

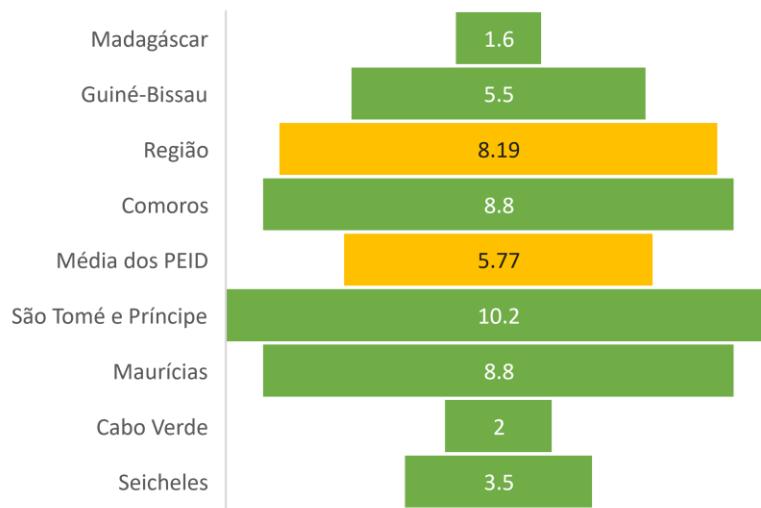


Figura 10. Percentagem de agregados familiares com despesas catastróficas com saúde nos PEID e comparação com a média regional africana. Fonte: OMS.

A reforçar o impacto da situação económica das famílias, na saúde e nos comportamentos que a influenciam, está a evidência da variação dos principais indicadores do país em função do índice de bem-estar económico.



Os resultados são geralmente piores nos quintis mais pobres. De acordo com os dados, o índice de bem-estar económico é, por exemplo, o principal fator que influencia a taxa de mortalidade infantil.

O recente inquérito sobre o impacto da pandemia de Covid-19, mostrou que 54% das famílias inquiridas não podem comprar os medicamentos necessários e 10% não podem aceder aos serviços de saúde de que necessitam.¹²

EDUCAÇÃO Apesar de São Tomé e Príncipe apresentar uma taxa de alfabetização relativamente alta, com 82,6% dos homens e 75,7% das mulheres alfabetizados⁸, existe um nível elevado (embora não quantificado) de iliteracia para a saúde, refletido nos comportamentos baseados em assunções erradas, que influenciam negativamente a saúde e a procura dos serviços de saúde, e que comprometem o potencial máximo da implementação de um qualquer programa de saúde. Apenas 6% dos chefes de família têm um nível de educação superior (50% tem um nível básico de educação). O nível de educação reflete-se também em indicadores como taxa de mortalidade infantil e taxa de gravidez precoce, que são mais elevadas nos grupos com nível educacional mais baixo.

Não existe nas escolas uma cultura de promoção da saúde, com inclusão nos programas curriculares da discussão de temas como, educação sexual abrangente, educação sobre higiene menstrual, promoção de capacidades socio emocionais e de um estilo de vida saudável.

AMBIENTE O peso da morbidade e mortalidade relacionado com fatores ambientais e comportamentais permanece elevado em São Tomé e Príncipe.¹²

ÁGUA POTÁVEL, SANEAMENTO E HIGIENE O acesso a água potável, saneamento e higiene (do inglês *WASH - safe drinking-water, sanitation and hygiene*) é essencial para a saúde e bem-estar das comunidades, e é reconhecido como um direito humano. (OMS)

As limitações no acesso a água potável, a ausência de saneamento básico, e hábitos de higiene inadequados, são os principais responsáveis pela transmissão de doenças como a cólera, diarreia, disenteria, hepatite A, febre tifóide, poliomielite e pela persistência de doenças tropicais negligenciadas (como a *Schistosomíase* e a *Geohelmintíase*).

Em São Tomé e Príncipe, a elevada prevalência de doenças transmitidas pela água, particularmente em crianças, destaca o impacto do acesso e/ou utilização limitada de água potável segura, saneamento e higiene.⁸ As doenças diarreicas continuam a ser uma das principais causas de mortalidade infantil.



ACESSO A ÁGUA POTÁVEL	ACESSO A SANEAMENTO	HIGIENE
-----------------------	---------------------	---------

89,2%	44,7% tem saneamento básico	30,1% não tem instalação em casa para lavagem de mãos
(mas 50% tem de percorrer até 30 minutos até uma fonte de água)		

Quadro 4. Caracterização da situação *WASH* em São Tomé e Príncipe. Fonte: MICS 2020.

A percentagem da população com acesso a água potável, a saneamento básico e a uma higiene adequada é mais elevada no quintil mais rico e com nível de educação superior.⁸

Se analisarmos a qualidade da fonte de água, 13% das fontes de água usadas pela população em meio urbano e 42% das fontes de água em meio rural, estão contaminadas com *E.coli*. No que diz respeito à qualidade da água para consumo doméstico, a percentagem da população doméstica em risco de contaminação por *E.coli* é de 33,5%. A contaminação da água pode ocorrer durante o transporte, manuseamento e/ou armazenamento.⁸

Dos que têm uma instalação de saneamento melhorada, 92,7% elimina de forma segura os resíduos. A defecação ao ar livre é uma realidade para 45,5% da população e está relacionada com um baixo índice de bem-estar económico e baixo nível de educação.⁸

De acordo com o relatório MICS 2020, 83,1% dos agregados familiares têm acesso a eletricidade.

A poluição atmosférica é um dos maiores riscos ambientais para a saúde. Ao reduzir os níveis de poluição atmosférica, os países podem reduzir o fardo das doenças por acidente vascular cerebral, doenças cardíacas, cancro do pulmão e doenças respiratórias crónicas e agudas, incluindo a asma. De acordo com dados da OMS, estima-se que a poluição atmosférica ambiental (ao ar livre) tenha causado 4,2 milhões de mortes prematuras em todo o mundo em 2019 e cerca de 89% dessas mortes prematuras ocorreram em países de baixo e médio rendimento.

Não existem dados sobre a poluição ambiental em São Tomé e Príncipe, incluindo qualidade do ar e do seu impacto na saúde.

EMPREGO Em 2021, a taxa de desemprego em São Tomé e Príncipe foi de 15,9% (15,7% em 2020).²⁵ As taxas de desemprego são mais altas entre as mulheres do que entre os homens (20% das mulheres vs 9% dos homens).²⁵

VIOLÊNCIA A Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece que, *para o desenvolvimento pleno e harmonioso da sua personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão*. Milhões de crianças em todo o mundo crescem sem os cuidados dos pais por variadas razões, incluindo a morte prematura ou a migração dos pais.



O MICS 2020 incluiu uma medida simples, relacionada com as chamadas "crianças deixadas para trás", ou seja, crianças cujos pais, um ou ambos, se mudaram para o estrangeiro. Os efeitos psicossociais estão ainda em estudo. Em São Tomé e Príncipe, 50,8% das crianças vive com ambos os pais; nos 29,3% dos casos em que a criança não vive com ambos os pais, é o pai que vive fora; 12,6% das crianças não vive com nenhum dos pais. Em 10,3% dos casos, um dos pais (pai: 7,0%; mãe: 0,9%) ou ambos (2,4%) vive no exterior.⁸

Apesar dos esforços da UNICEF, e parceiros, para conscientizar a comunidade em São Tomé e Príncipe para o impacto negativo da violência no desenvolvimento infantil, 70% das crianças continuam expostas a agressão psicológica, e 1 criança em cada 7 é vítima de punição física severa.²⁶ O relatório MICS 2020 refere que, no mês anterior ao inquérito, 83,5% de crianças, com 1-14 anos de idade, experimentaram um qualquer método de disciplina violento.⁸

Em São Tomé e Príncipe a violência contra as mulheres é um problema preocupante, com 13% das mulheres a terem sido vítimas de violência física em algum momento das suas vidas, depois dos 15 anos de idade. As mulheres entre os 25 - 29 de idade são as mais afetadas.⁸

Apenas 8,8% das mulheres, entre os 15 e os 49 anos de idade, vítimas de violência doméstica solicitaram ajuda.⁸

ESTILO DE VIDA O consumo de álcool continua a ser um problema preocupante em São Tomé e Príncipe. Apenas 5,4% da população inquirida declarou não ter bebido álcool nos 12 meses que precederam o inquérito. Dos que atualmente bebem bebidas alcoólicas, cerca de 85% declararam ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (52% eram mulheres e 61,8% homens). Os homens bebem álcool mais regularmente e em maior quantidade.⁸

Cerca de 4,7% da população fuma atualmente tabaco. A percentagem de homens fumadores é 7 vezes superior à percentagem de mulheres fumadoras (11,3% vs 1,6%).⁷

Em São Tomé e Príncipe, 7 em cada 10 adultos não pratica atividade física. Esta situação afeta mais as mulheres do que os homens (83,7% das mulheres não pratica nenhuma atividade física vs 39,4% dos homens).⁸

O consumo de frutas e legumes parece ser muito pouco comum, com a ingestão de fruta e legumes a acontecer em apenas 3 dias da semana. Cerca de 54,8% da população consome menos de 5 porções de frutas ou legumes por dia. No que diz respeito ao consumo de sal e alimentos processados, 18,8% da população declarou que sempre, ou quase sempre, comem alimentos processados ricos em sal.⁸

Os doentes recorrem frequentemente à automedicação e a tratamentos tradicionais, com adiamento da procura de cuidados de saúde adequados e agravamento da sua condição de saúde. A automedicação é comum, embora não se conheça a prevalência exata deste



comportamento. É fácil o acesso a medicamentos (nomeadamente antibióticos, medicamentos abortivos, entre outros), mesmo sem receita médica, nas *farmácias de rua*. É também conhecida, embora não quantificada, a morbidade e mortalidade, especialmente em crianças, consequente à toma de preparados tradicionais ou outros produtos, com base em crenças ou medos. São exemplos a ingestão ou aplicação cutânea de petróleo, introdução rectal de uma mistura de folhas e petróleo, ou a administração de um preparado de folhas e álcool à grávida ou recém-nascido.

Admite-se que as limitações financeiras, o peso da tradição cultural, e o nível de iliteracia para a saúde contribuam para esta realidade.

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE As barreiras de acesso aos serviços de saúde constituem um grande desafio para alcançar a Cobertura Universal da Saúde, com graves consequências na gestão das doenças crónicas, perdas de oportunidade para a promoção da saúde, aumento da carga de doença por doenças evitáveis, incapacidade e morte prematura.

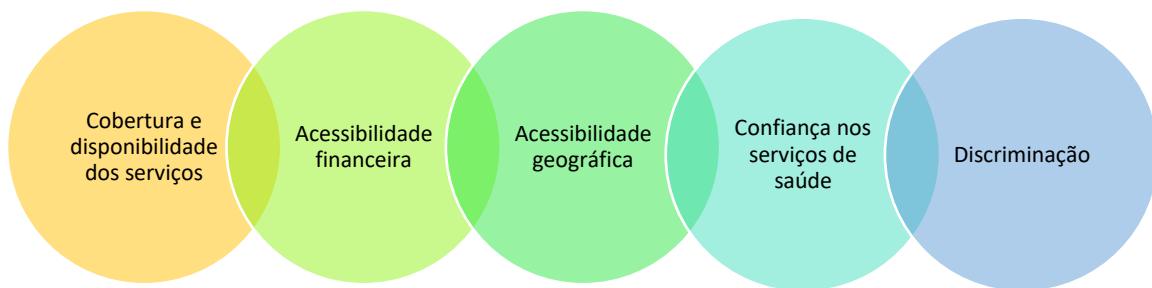


Figura 11. Fatores que condicionam a acessibilidade aos serviços de saúde em São Tomé e Príncipe.

COBERTURA E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE O progresso na cobertura dos serviços essenciais, medido pelo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – *Saúde de Qualidade*, tem sido constante e atingiu taxas de cobertura particularmente elevadas para programas específicos (vacinação, paludismo, doenças tropicais negligenciadas, VIH/SIDA e TB) e para a saúde materna e reprodutiva, financiados pela ajuda externa, em detrimento de outras, nomeadamente doenças não transmissíveis, que não têm esse apoio:

- O país apresenta resultados notáveis em termos de vacinação, mas mantém as necessidades não cobertas para a prevenção e tratamento de doenças infantis comuns, tais como diarreia ou infecções respiratórias em crianças com menos de 5 anos;
- Não existe um programa de rastreio de base populacional do cancro do colo do útero e da mama;

- 7 em cada 10 adultos (69% dos adultos) tem hipertensão não diagnosticada, não medicada ou não estabilizada;²⁰
- Os fatores de risco e os padrões de morbilidade variam muito consoante o sexo, mas falta definir uma abordagem sensível ao género para consecução de melhores resultados na promoção da saúde.

Existe livre acesso aos cuidados, mas há lacunas na disponibilidade dos serviços, nomeadamente por questões relacionados com a qualidade das infraestruturas (cortes regulares de energia e deficiências na disponibilidade de água e saneamento), ruturas de stocks de medicamentos essenciais, inacessibilidade a equipamento médico ou meios de diagnóstico (por ex. exames laboratoriais e raio-X), protocolos de tratamento desatualizados e recursos humanos insuficientes e com fraca competência.¹²

A indisponibilidade dos serviços de saúde pode gerar uma sobrecarga financeira adicional para o doente, nomeadamente em situações como as que foram descritas no relatório da Missão de apoio à cobertura sanitária universal em São Tomé e Príncipe, em 2021:

- A rutura de stock de medicamentos nos centros de saúde, para venda a pacientes externos, leva o doente a comprar os medicamentos em farmácias privadas, a um custo mais elevado;
- A inoperância de um laboratório distrital, devido a cortes de energia e falta de recursos para o gerador, obriga os doentes a deslocarem-se à capital para testes laboratoriais, com elevados custos de transporte e perda de um dia de rendimento.

ACESSIBILIDADE FINANCEIRA Os cuidados de saúde por doenças que estão abrangidas pelos programas apoiados por financiamento externo (nomeadamente as doenças transmissíveis), são totalmente gratuitos. A acessibilidade financeira é severamente limitada para todos os cuidados de saúde não incluídos nesses programas.

Apesar da disponibilidade de outros serviços gratuitos (emergência e hospitalização) e de serviços de baixo custo, designadamente nos centros de saúde, o medo de ser hospitalizado, e a perda de rendimentos associada, o custo do transporte, que pode ser muito mais elevado (100 a 150 dobras) do que o custo da consulta (10 dobras), e/ou a indisponibilidade financeira para a compra e toma regular dos medicamentos, criam fortes barreiras à procura e uso dos serviços de saúde.¹²

ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA A disponibilização dos serviços de saúde cobre todo o território e é garantida por um Hospital Central, um Hospital Regional na ilha do Príncipe (que tem um papel de referência, dada a limitação geográfica para acesso ao Hospital Central), uma rede de centros e postos de saúde distritais e por postos de saúde comunitários, distribuídos por todo o país. O número de infraestruturas é adequado para garantir a acessibilidade a cuidados de saúde, embora seja necessário melhorar as vias de acesso e os meios de transporte e a qualidade dos cuidados de saúde prestados em cada unidade de saúde, incluindo a qualidade das infraestruturas, disponibilidade de meios de diagnóstico,



medicamentos essenciais e de profissionais de saúde capacitados. A colaboração com agentes de saúde comunitários e o trabalho das equipas das Unidades de saúde móveis, assegura também o acesso às áreas mais remotas e descentralização dos cuidados primários para o nível comunitário.¹²

DESIGNAÇÃO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hospitais	2	2	2	2	2	2	2
Centros de Saúde	6	6	6	6	6	6	6
Postos de Saúde	31	31	32	32	32	32	32
Clínicas Privadas	9	9	11	11	11	10	10
Nº de farmácias privadas	10	10	11	11	12	20	20

Quadro 5. Evolução do número de infraestruturas sanitárias em São Tomé e Príncipe entre 2015 e 2021.
Fonte: Anuário Estatístico das Saúde, 2021 Fonte: MICS 2020.

CONFIANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE As más experiências no passado podem reduzir a confiança nos serviços de saúde. No Relatório de Missão de apoio à cobertura sanitária universal em São Tomé e Príncipe (2021), são levantadas questões que dizem respeito à falta de confidencialidade (consultas feitas em gabinetes de janelas abertas ou no corredor), ao elevado tempo de espera e à necessidade recorrente de encaminhamento para outro centro devido à falta de disponibilidade de pessoal, equipamento ou eletricidade para determinados exames.¹²

Por outro lado, a continuidade relacional é considerada muito importante pelos utilizadores dos serviços, razão pela qual algumas grávidas preferem dar à luz em centros distritais, onde conhecem os profissionais, mesmo sendo distritos onde não existe maternidade.¹²

DISCRIMINAÇÃO As pessoas mais vulneráveis identificadas pelos agentes nas suas comunidades são: pessoas idosas isoladas, doentes seropositivos para o VIH, pessoas com incapacidade física e/ou mental, pessoas que vivem em zonas de difícil acesso, adolescentes com gravidezes precoces, crianças abandonadas pelos pais e órfãs.

Existem mecanismos de apoio (por exemplo, centros de dia para os idosos, Cruz Vermelha, etc.), mas que são frequentemente subutilizadas devido à falta de informação, medo de discriminação ou vergonha, num contexto de comunidades de pequena dimensão, em que *todos se conhecem*.¹²

IGUALDADE DE GÉNERO O índice de desenvolvimento ajustado ao género (do inglês *Gender Development Index – GDI*), mede as desigualdades de género, no desempenho em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: saúde, medida pela expectativa de vida feminina e masculina ao nascer; escolaridade, medida pela média de anos de escolaridade esperados para crianças e adultos com 25 anos ou mais, mulheres e homens; e domínio dos recursos económicos, medidos pela renda estimada de mulheres e homens.²⁷



Em 2019, São Tomé e Príncipe classificou-se em 136º lugar, entre 162 países, no índice de desenvolvimento ajustado ao género, destacando os desafios substanciais que o país ainda enfrenta no que diz respeito à igualdade de género e ganhos de desenvolvimento, equitativo para raparigas e rapazes, e mulheres e homens.

Em São Tomé e Príncipe:

- As mulheres correm maior risco de pobreza do que os homens, com 71% das mulheres a viver abaixo da linha da pobreza vs 63% dos homens;²⁸
- As taxas de desemprego são mais altas entre as mulheres do que entre os homens (20% das mulheres vs 9% dos homens);⁵
- A média de anos de escolaridade é menor no grupo das mulheres, em comparação com o grupo dos homens (5,8 vs 7,1 anos).²⁷

2.2. SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde de São Tomé e Príncipe, definido como a totalidade de organizações, instituições e recursos dedicados às intervenções de saúde com o principal objetivo de melhorar a saúde, confronta-se com enormes desafios.

O reforço do sistema de saúde, sustentável e equitativo, apoia-se em sete pilares fundamentais: boa governação, número suficiente de trabalhadores de saúde disponíveis e acessíveis, sistemas de aquisição e fornecimento de medicamentos e outras tecnologias de saúde, sistemas de informação sanitária, estruturas de financiamento justas e sustentáveis, disponibilidade de meios de diagnósticos, medicamentos, vacinas e outros produtos de saúde e uma melhor organização, gestão e qualidade dos serviços de saúde.

A governança e o financiamento da saúde são dois dos principais problemas encontrados na qualidade da prestação de serviços de saúde em São Tomé e Príncipe.¹²

A conjuntura atual representa uma oportunidade de mudança, para um planeamento estratégico mais efetivo da Saúde, em São Tomé e Príncipe.

2.2.1. LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIA

A dinâmica organizacional do Ministério da Saúde é apontada como uma das limitações da gestão do sistema de saúde a nível central, e que afeta o desempenho de todo o sistema, a todos os níveis.⁶ É urgente repensar os mecanismos de comunicação e colaboração transversal entre as diferentes direções, gabinetes, seções e departamentos que o compõem (designadamente a Direção dos Cuidados de Saúde, Centro Nacional de Endemias, Direção da Administração Financeira, Hospital Central e Fundo Nacional de Medicamentos), viabilizar uma definição clara e concertada das prioridades em saúde, promover um planeamento estratégico e coordenado, interno e externo, multissetorial e com os parceiros, das ações no



terreno, a todos os níveis do sistema de saúde, promover uma mobilização e gestão mais eficiente dos recursos financeiros, e a definição de um plano de implementação, monitorização, avaliação e comunicação de todo o processo.

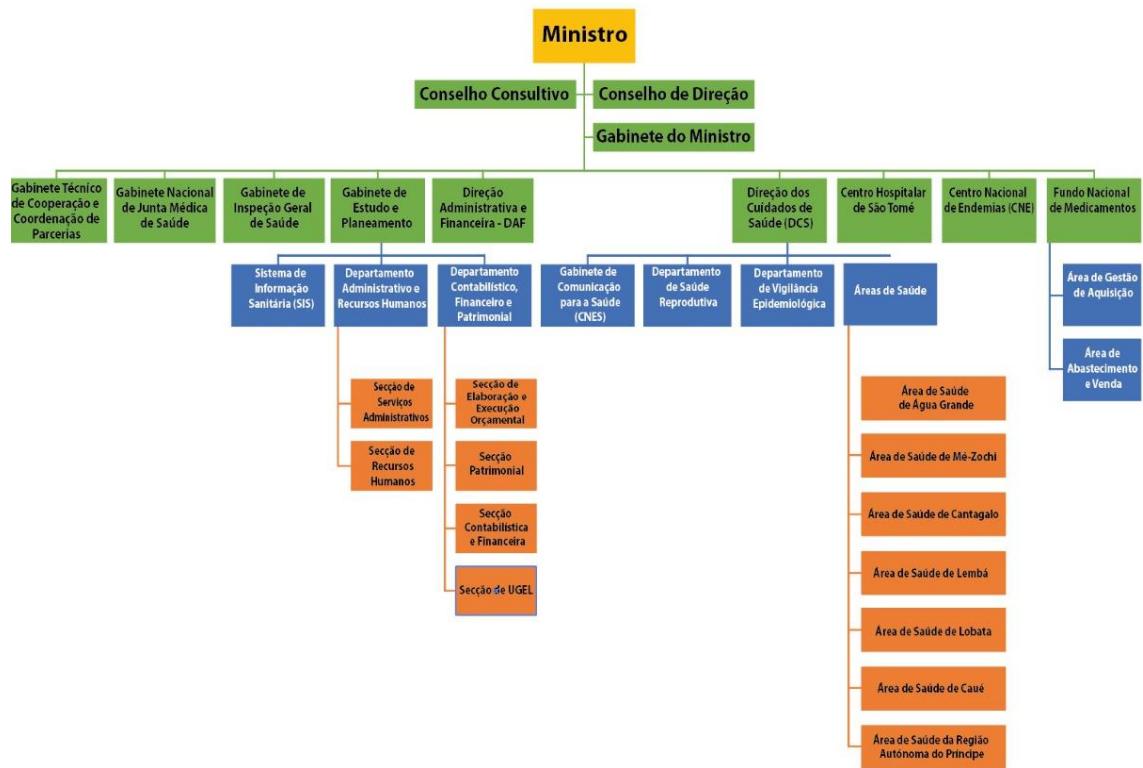


Figura 12. Organograma do Ministério da Saúde do XVII Governo Constitucional de São Tomé e Príncipe.
Fonte: MS/STP.

Falta uma clara definição do papel de cada pessoa e estrutura dentro do sistema de saúde, e uma maior capacitação, tanto a nível central como a nível distrital, em número e em qualidade de formação, dos recursos humanos que desempenham funções de coordenação/gestão de serviços de saúde.

O país reescreveu a Política de Saúde (2022 – 2032) e o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde para os próximos 10 anos. Neles foram integrados a aprendizagem dos últimos anos, a avaliação crítica do presente e a visão estruturada para um futuro sustentável, à altura dos desafios e rumo à Cobertura Universal de Saúde.



2.2.2. RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (RHS)

A Política Nacional de RHS, definida para 2019 - 2023, tem como principal objetivo garantir a disponibilidade de profissionais de saúde, em número e qualificação adequados, distribuídos de acordo com as necessidades do sistema de saúde, e motivados para desempenharem com rigor, ética e profissionalismo as suas funções.

CATEGORIA PROFISSIONAL	2019	2021
Médicos	107	107
Enfermeiros	462	397
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	285	280
Auxiliares de ação médica	532	321
Administrativos	122	164

Quadro 6. Número total de Recursos Humanos da Saúde, por categoria profissional, em São Tomé e Príncipe 2019/2020. Fonte: RH/MS 2019 e 2021.

De acordo com dados do Anuário Estatístico 2021, o país tem um total de 1441 profissionais de saúde. O Serviço Nacional da Saúde é composto por 107 médicos, 397 enfermeiros, 285 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 164 administrativos e 321 auxiliares de ação médica. (Quadro 6.) No grupo profissional dos médicos, 33 são especialistas, 23 dos quais nacionais e 10 estrangeiros. A falta de recursos humanos é compensada pela disponibilização de profissionais de saúde, especialmente de médicos especialistas, ao abrigo de acordos de parcerias e de cooperação bilateral com alguns países, contribuindo para cobrir as necessidades do sistema, mas reforçando a dependência do país da ajuda externa.

O rácio de médico e enfermeiro/1000 habitantes está abaixo dos valores recomendados pela OMS. Embora melhor que a média africana, estes números são insuficientes para dar resposta ao volume de intervenções necessárias para alcançar a Cobertura Universal de Saúde.⁷

Não existe um levantamento e análise das necessidades em profissionais de saúde, por categoria (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica), e por nível de especialização, para planejar a formação de recursos humanos e, assim, atender às necessidades do Sistema de Saúde, com vista ao cumprimento das metas da Agenda 2030. O plano formativo de diferenciação de médicos, nas especialidades identificadas como essenciais, devidamente aprovado pela Ordem dos Médicos e Ministério da Saúde, deverá prever mecanismos para garantir o retorno do médico ao país, após o período de formação no estrangeiro, que acontece ao abrigo de acordos de cooperação. Deverá igualmente ser considerado no planeamento dos recursos humanos da saúde a formação de médicos na área



da Saúde Pública e de Epidemiologistas e a otimização da força de trabalho da saúde no domínio da gestão e liderança dos recursos humanos para a saúde, estabelecendo parcerias com instituições do Ensino Superior dos países da CPLP, para acelerar o progresso em direção à cobertura universal de saúde e aos ODS. É essencial a capacitação dos recursos humanos da saúde para uma gestão eficaz das políticas públicas no contexto de desenvolvimento das prioridades nacionais e internacionais.

O Instituto de Ciências de Saúde – Victor de Sá Machado, um dos polos da Universidade de São Tomé e Príncipe, é responsável pela formação de quadros técnicos na área da Saúde, nomeadamente enfermeiros. É importante rever a estrutura curricular dos cursos ministrados e a qualificação dos formadores, em cooperação com parceiros, para garantir um nível de competência adequado.

Os profissionais de saúde iniciam a sua atividade profissional sem clara definição dos termos de referência para a sua contratação. Falha também a estimulação para a formação contínua, nomeadamente pela ausência de uma ferramenta de avaliação regular do seu desempenho, de acordo com objetivos e metas alcançadas.

O sistema de saúde conta com os agentes de saúde comunitária que podem ser peças chave na contribuição para a Cobertura Universal de Saúde por serem o primeiro, e por vezes o principal e/ou único, elo de confiança entre as comunidades e o sistema de saúde. O seu papel não está, no entanto, formalizado (não integram o quadro de profissionais do Sistema de Saúde), nem suficientemente valorizado. Falta também um maior investimento na sua formação. O seu trabalho está principalmente orientado para o apoio a programas de saúde, como paludismo, tuberculose, VIH/SIDA e saúde reprodutiva. A sua intervenção não abrange ações desenvolvidas no domínio das doenças não transmissíveis e da educação para a saúde.

A gestão de carreiras, avaliação de desempenho e promoção, estão entre as razões de insatisfação dos sindicatos e associações profissionais de saúde.

2.2.3. INFRAESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E MANUTENÇÃO

O diagnóstico é transversal a todas as unidades de saúde. As infraestruturas e os equipamentos estão degradados ou são inadequados, os cortes de energia são frequentes e danificam os equipamentos, e existem deficiências também no abastecimento de água e saneamento básico.¹² O impacto na qualidade dos cuidados prestados (incluindo segurança, confidencialidade, dignidade e privacidade) e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, é negativo e evidente.

Não existem normas para as infraestruturas de saúde, nomeadamente normas arquitetónicas/planos padrão para postos e centros de saúde, tipo de equipamentos e sua manutenção. Não existe uma linha orçamental específica para a manutenção dos equipamentos.



As infraestruturas deveriam também passar a ser referência em termos de eficiência energética, utilização de energias renováveis, recolha, tratamento e reciclagem de resíduos sólidos, e qualidade do ar interior.

O subfinanciamento em saúde é apontado como principal causa desta situação.

2.2.4. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Um dos grandes desafios enfrentados pelo sistema de saúde de São Tomé e Príncipe é a indisponibilidade de dados de qualidade para o cálculo de indicadores. Dispor de dados fiáveis e sólidos é fundamental para a definição de prioridades em saúde, planeamento estratégico para alcançar metas, para a tomada de decisões ajustadas à realidade, incluindo a alocação adequada de recursos, e para a avaliação da efetividade e eficiência dos planos, programas e políticas de saúde.

Reconhecendo que o reforço do Sistema de Informação da Saúde (SIS) é um requisito fundamental para a produção de dados fiáveis e sólidos, e essencial para a melhoria do sistema de saúde e o alcance dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), várias iniciativas foram implementadas a fim de fortalecer o desempenho do SIS no país. Em 2020, um passo importante foi dado nesse sentido, com a aprovação pelo Ministério da Saúde da utilização, a nível nacional, do DHIS2 - *District Health Information Software version 2*, o sistema de gestão de informações de saúde mais usado no mundo.

O DHIS2 é um *software* gratuito e de código aberto, para colheita, validação, análise e partilha de dados. O DHIS2 suporta dados agregados e individuais, inclui funções para monitorização e rastreio de pessoas e itens (ex. stock de vacinas) ao longo do tempo, e permite igualmente a introdução de dados *online* e *offline*. O potencial deste *software* não se limita apenas a dados clínicos e a sua utilização pode ser alargada a outros sectores, que têm impacto na saúde, nomeadamente, ambiente, finanças, logística e agricultura.

A implementação do DHIS2 em São Tomé e Príncipe constituiu um progresso importante para o reforço do SIS mas, apesar dos esforços realizados no uso do DHIS2 e de outras iniciativas empreendidas com o objetivo de melhorar o desempenho do SIS, a qualidade dos dados continua a ser um problema e vários constrangimentos foram identificados: governança inadequada, materializada pela não adesão dos profissionais de saúde ao DHIS2, mesmo ao nível dos programas em que a plataforma já está disponível, fragmentação dos sistemas de informação, falta de recursos humanos, infraestrutura digital insuficiente, falta de coordenação e uma frágil estratégia nacional. Dois anos após sua implementação, a utilização do DHIS2 abrange apenas os programas de vacinação, saúde reprodutiva, tuberculose, VIH/SIDA, paludismo e não existe um plano oficial para operacionalizar a implementação progressiva da ferramenta, de modo a permitir uma utilização mais alargada e otimizada.



No global, a qualidade da colheita de dados nas unidades de saúde, a análise, utilização e comunicação dos dados permanece inadequada e compromete o planeamento e a tomada de decisões em saúde. A introdução dum sistema eletrónico é um fator-chave que permitirá a expansão da cobertura universal de saúde.

Ainda em processo de construção, o SIS conta com o apoio da OMS, Gavi, FNUAP e UNICEF para reforçar o suporte de informação e comunicação e gerar melhores dados de saúde, nomeadamente indicadores de saúde, dados de assistência à saúde e dados de vigilância epidemiológica.¹²

O país produziu em 2021 o seu segundo *Anuário Estatístico da Saúde*.

A ética deve estar presente em todos os atos realizados no âmbito da saúde, sendo transversal a todos os níveis de prestação de cuidados e devendo também estar presente no âmbito da investigação científica e das problemáticas bioéticas existentes, muitas vezes com impacto importante na sociedade. Para dar resposta aos desafios crescentes que se impõem no domínio ético, o Ministério da Saúde criou por despacho, a *Comissão de Ética na Saúde para a Investigação Científica*, para avaliação das componentes éticas de todos os trabalhos de investigação realizados no país no âmbito da saúde. Contudo, e tendo em conta a abrangência da ética em saúde nos dias de hoje, impõe-se a necessidade de crescimento e progressão da comissão para uma entidade que possa trazer à reflexão, dos decisores e autoridades sanitárias, os desafios éticos e bioéticos na saúde, incluindo a realização de ensaios clínicos e de outros trabalhos de investigação científica.

2.2.5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O valor do orçamento de Estado atribuído à saúde tem tido uma evolução positiva, de 4,6% em 2012, para 10,8% em 2018 (% de despesa pública com saúde, da despesa pública total), mas ainda abaixo da meta, acordada na Declaração de Abuja em 2001, do Estado gastar 15% do seu orçamento em Saúde. As Contas Nacionais de Saúde mostram que os recursos do estado são, neste momento, a maior fonte de financiamento do sistema de saúde, correspondendo a 39% do total dos recursos mobilizados para a saúde, em 2016, e 45% em 2017, um aumento de 9,77%.¹²

Os pagamentos diretos pelas famílias representavam, nos mesmos anos, 2016 e 2017, o 3º maior doador (13,5% e 14,3%, respetivamente). O aporte do setor privado para o financiamento da saúde continua a ser residual.

Não existe nenhum sistema de proteção social (como um seguro de saúde) que contribua para o reforço orçamental de financiamento da saúde no país e que contribua também para proteger as famílias dos gastos catastróficos em saúde.¹²

A gratuidade dos cuidados de saúde abrange situações de urgência/emergência e necessidade de internamento, grupos específicos da população (como grávidas e crianças até 5 anos de idade) e doenças abrangidas pelos programas com financiamento externo (como paludismo,



VIH/SIDA e TB). Na prática, este modelo tem contribuído para uma procura tardia dos cuidados de saúde de rotina e uma sobrecarga do esforço dos serviços de urgência, com consequente agravamento da despesa do estado. Este modelo torna insustentável o financiamento da saúde, com impacto no funcionamento das estruturas de saúde e na capacidade e qualidade da prestação de serviços ao utilizador do Sistema de Saúde.

A ausência de taxa de utilização também não protege a população contra o risco financeiro associado à doença. São Tomé e Príncipe tem uma incidência de gastos catastróficos em saúde de 10,2%. Está entre as mais altas da sub-região da África Central e muito superior à dos países da sub-região, que não aplicam uma política da saúde gratuita.⁶

A alteração do perfil epidemiológico do país, com o aumento do peso das doenças não transmissíveis, desafia o governo a repensar a sustentabilidade da estratégia atual de financiamento e a reforçar ou formular novos modelos de financiamento da saúde, para que haja um progresso contínuo no sentido de alcançar a Cobertura Universal de Saúde.

2.2.6. MEDICAMENTOS E TECNOLOGIAS DE SAÚDE

O Departamento Farmacêutico está integrado na Direção de Cuidados de Saúde, mas não recebe recursos do governo para o seu funcionamento. Já desenvolveu documentos estratégicos, como a *Política Farmacêutica Nacional*, *Política Nacional de Laboratórios*, *Política Nacional de Segurança Transfusional* e respetivos planos estratégicos, e definiu também a lista de medicamentos essenciais e a lista de medicamentos a importar, mas o Governo ainda não validou os documentos.

São Tomé e Príncipe não dispõe de uma *Autoridade Reguladora das Tecnologia da Saúde e Medicamentos*, embora o Departamento Farmacêutico esteja a desempenhar funções reguladoras de algumas atividades farmacêuticas. A limitação no desempenho das suas funções tem contribuído para alguns constrangimentos no exercício das suas competências, nomeadamente na vigilância sanitária, na monitorização de medicamentos no mercado (tem-se verificado, por exemplo, um aumento da entrada do número de medicamentos contrafeitos no país) e na promoção do uso racional de medicamentos e segurança do doente.¹²

Não existe controlo da qualidade dos medicamentos por inexistência de um Laboratório Nacional para o efeito.

São Tomé e Príncipe depende da importação de especialidades farmacêuticas e dispositivos médicos. A sua insularidade e volumes de aquisição, determinam o preço elevado de compra, com agravamento do preço de venda ao público (os medicamentos genéricos mais baratos são geralmente vendidos a 4,9 vezes o preço de referência internacional).¹²

Não existe regulação de preços dos medicamentos, tanto no sector privado como no público.¹²



Os Centros Nacionais de Compras (CNC) têm como principal objetivo garantir a disponibilidade e a acessibilidade de produtos farmacêuticos de qualidade, elementos fundamentais para alcançar a cobertura universal de saúde e, por isso, uma preocupação de longa data.

Em São Tomé e Príncipe, o Fundo Nacional de Medicamentos (FNM) tem duas atividades: a venda de produtos farmacêuticos por conta própria, a instituições de saúde e doentes, e a gestão de três *stocks* distintos de produtos farmacêuticos, adquiridos por terceiros:

- Medicamentos para internamento e emergências adquiridos pelo Ministério da Saúde (DAF);
- Produtos farmacêuticos epidémicos (ex. Covid, Dengue) e kits famílias vulneráveis/DNT (adquiridos pela OMS) e medicamentos do Programa Saúde Reprodutiva (adquiridos pela FNUAP);
- Produtos farmacêuticos VIH, TB e paludismo, adquiridos pelo Fundo Global.

No relatório da *Avaliação da situação económica do Fundo Nacional de Medicamentos*, produzido pela OMS e publicado em Setembro de 2022, são identificados os constrangimentos que impedem que o Fundo Nacional de Medicamentos se transforme num centro de excelência para a compra, armazenamento e distribuição de produtos de saúde em São Tomé e Príncipe:²⁹

1. O Decreto n.º 52 de 1998 estabeleceu o FNM e deu-lhe autonomia patrimonial, administrativa e financeira, mas parece não haver existir uma definição de estatutos para o FNM ou um acordo com o Estado para o fornecimento de produtos farmacêuticos. O decreto, por si só e pela sua natureza, não é suficiente para governar o FNM.
2. A gestão financeira do FNM está, na verdade, limitada à gestão contabilística, que apresenta grandes deficiências.
3. Ao nível dos recursos humanos não existe um gráfico organizacional ou descrições de trabalho a todos os níveis.
4. Existe dificuldade na gestão física e no armazenamento dos produtos sendo que os diferentes *stocks* estão distribuídos por sete instalações diferentes por falta de espaço físico no edifício principal.
5. O atual nível de gestão do FNM constitui um obstáculo ao papel que deve desempenhar a nível nacional sendo compreensível, neste contexto, que o Estado e os parceiros utilizem apenas o FNM para serviços de armazenamento.
6. O atual modelo de negócio do FNM é inadequado e insustentável:
 - O FNM é autofinanciado apenas com base nas suas vendas a instituições de saúde e doentes, embora esta seja apenas uma pequena parte das suas atividades (o que é paradoxal para um organismo central de compra cujo papel é o fornecimento a instituições de saúde);



- O referencial para a fixação das margens de lucro – a única fonte de rendimento – é incorreto e, por conseguinte, não garante o equilíbrio financeiro;
- A não isenção de direitos aduaneiros – um facto atípico para a importação de produtos farmacêuticos, que são facilmente evitáveis – aumenta desnecessariamente os custos de funcionamento da FNM e os preços cobrados pela FNM e, em última análise, os preços pagos pelos doentes;
- O autofinanciamento dos medicamentos nas instituições de saúde, aliado ao problema das existências e da capacidade limitada de pagamento dos doentes, não permite que as instituições mantenham capital suficiente para os medicamentos e as baixas vendas condicionam, por sua vez, as instituições de saúde a efetuar apenas pequenas encomendas ao FNM;

7. Está identificado um estrangulamento relacionado com a gestão das finanças públicas - a baixa autonomia das instituições de saúde no domínio da oferta farmacêutica:

- As instituições de saúde têm de adquirir produtos farmacêuticos ao FNM; embora os preços do FNM sejam competitivos, as instituições devem poder comprar ao sector privado em caso de escassez de stock na FNM; o Hospital Central compra diretamente, cerca de 60% dos medicamentos de venda na farmácia externa, ao Infarmed, Portugal;
- Embora as instituições de saúde adquiram medicamentos ao FNM com os seus próprios fundos (receitas provenientes de vendas de produtos farmacêuticos), as compras de produtos farmacêuticos têm de ser validadas pelo Estado; o processo de aprovação das despesas por parte do Ministério da Saúde é complexo e moroso e condiciona rutura frequente do stock de medicamentos nas unidades de saúde do país.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomia patrimonial, administrativa e financeira. ▪ Existência de um Conselho de Administração. ▪ Planeamento de negócios e orçamento anual. ▪ Pessoal recrutado e formalmente contratado pela FNM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de dados. ▪ Fraca gestão financeira. ▪ Falta de um procedimento de gestão escrita. ▪ Falta de planeamento empresarial e previsão orçamental em 2022.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Várias atividades, vários parceiros e potenciais fontes de rendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraqueza dos textos e regulamentos que regem o FNM. ▪ Modelo de negócio insustentável. ▪ Capacidade de armazenamento limitada, aluguer de vários depósitos.

Quadro 7. Resumo do resultado da análise e diagnóstico da situação. Fonte: Resumo da avaliação económica do FNM - São Tomé e Príncipe, OMS, 2022.



Está em curso, por iniciativa da OMS, o programa de *Processo gradual de melhoramento laboratorial com vista à acreditação (SLIPTA)*, destinado a controlar e melhorar a qualidade e segurança dos laboratórios de análises clínicas, promovendo também a apropriação do processo por parte do país e a sua sustentabilidade.¹² É necessário criar numa rede de laboratórios que permita descentralizar a realização de análises clínicas no país.

O recurso a tratamentos tradicionais ocupa um papel de relevo na sociedade do país, e parte da população, nomeadamente por dificuldade de acesso geográfica e financeira aos serviços de saúde, tem a Medicina Tradicional como único recurso, ou como complemento de tratamentos instituídos pela Medicina convencional. Estes tratamentos são realizados por pessoas não formadas em saúde, que aprenderam com os seus antecessores a conhecer o papel curativo de algumas plantas.

Deve ser feita a integração da Medicina Tradicional no sistema de cuidados de saúde primários do país, com definição clara de orientações para a sua utilização adequada e segura.

2.2.7. SERVIÇOS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

A oferta de serviços de saúde cobre todo o território e está organizada em: Postos de Saúde Comunitários (21), Postos de Saúde (32), Centros de Saúde (6, um por distrito sanitário), o Hospital Central (Dr. Ayres de Menezes), na ilha de São Tomé, que é o hospital de referência nacional, e o Hospital Regional na ilha do Príncipe, Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça. (Quadro 8)

A prestação de cuidados de saúde primários é da responsabilidade dos distritos da saúde. São Tomé e Príncipe tem 6 distritos de saúde (a Região Autónoma do Príncipe também tem o estatuto de distrito de saúde), com densidade populacional e características diferentes.

DISTRITOS	HOSPITAL	CENTROS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE	POSTOS COMUNITÁRIOS	FARMÁCIAS PÚBLICAS	TOTAL
Água Grande	1	1	6	4	3	15
Mé- Zochi	0	1	5	5	1	12
Cantagalo	0	1	7	7	1	16
Caué	0	1	2	7	1	11
Lembá	0	1	2	0	1	4
Lobata	0	1	5	0	1	7
R.A.Príncipe	1	0	5	5	1	12
Total	2	6	32	21	9	77

Quadro 8. Número de infraestruturas sanitárias em São Tomé e Príncipe. Fonte: Anuário Estatístico da Saúde 2021.



Não existe uma clara definição e planeamento do tipo de cuidados de saúde a serem prestados por cada nível do sistema de saúde (cuidados comunitários, primários, secundários e terciários), nem normas para a definição de uma rede de referenciação e contra referenciação dos doentes dentro do sistema. Como resultado, o afluxo excessivo e desregulado de doentes ao Hospital Central (nível terciário), para resolução de problemas de saúde que deveriam ser assegurados ao nível primário e secundário (postos e centros de saúde), leva ao desgaste rápido de recursos, financeiros e humanos, e ao comprometimento grave da qualidade e dignidade dos cuidados prestados. O Hospital, excedeu já largamente a sua capacidade de tratamento de 50.000 doentes, planeada à data da sua construção, em 1943.

O relatório da Missão de apoio à Cobertura Universal de Saúde (2021) faz referência à má qualidade e insuficiência das infraestruturas e equipamentos disponíveis, e ao número e qualificação insuficientes dos profissionais de saúde, de um modo geral, em todos os níveis de prestação de cuidados do Sistema Nacional de Saúde.

Os Centros de Saúde oferecem um conjunto de cuidados de saúde que abrangem a saúde materno-infantil (partos eutócicos nos Centros de Saúde dotados de Serviço de Maternidade, consultas pré e pós-natal, planeamento familiar e vacinação), tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis e pequenas cirurgias (ex. tratamento de feridas).

A falta de médicos especialistas, ao nível dos cuidados terciários, é suprida por missões médicas regulares, ao abrigo do programa de uma ONG portuguesa. No caso de ultrapassada a capacidade de diagnóstico e/ou de tratamento em São Tomé e Príncipe (designadamente tratamento de doença oncológica), o sistema recorre ao mecanismo de evacuação médica, ao abrigo do protocolo de cooperação com Portugal. O processo é demorado e, em média, apenas 50% dos doentes propostos para evacuação chegam efetivamente a ser transferidos para Portugal.¹²

Os cuidados de saúde prestados são essencialmente de natureza curativa, focados na doença, não integrados e não centralizados na pessoa. A promoção da saúde baseia-se principalmente na comunicação feita pelos agentes comunitários de saúde junto das comunidades, no âmbito dos programas de doenças transmissíveis, paludismo e saúde materno-infantil.

Embora já esteja definido o pacote de cuidados de saúde essenciais, falha a estruturação e a operacionalização de um modelo organizado por nível de cuidados de saúde (comunitários, primários, secundários e terciários), que assegure a prestação de cuidados completos e de proximidade, incluindo a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, ao longo de toda a vida, e não só para um conjunto de doenças específicas, incluídas em programas alvo. Estes programas permitiram obter resultados significativos, mas não poderão responder ao desafio da transição epidemiológica do país.

Os laboratórios de saúde são um instrumento importante para apoiar os cuidados médicos, a vigilância e o controlo da doença. Em São Tomé e Príncipe os laboratórios carecem de estrutura



física adequada, recursos humanos qualificados, equipamentos, materiais e consumíveis, um sistema de gestão de controlo de qualidade para o bom funcionamento e um sistema de financiamento de atividades. Ao nível do Ministério da Saúde, não existe uma estrutura (por exemplo uma Direção de Laboratórios de Saúde) dedicada aos laboratórios e responsável pela sua organização, regulação e gestão. Faltam também documentos validados (políticas laboratoriais) que organizem e regulam os laboratórios numa rede nacional funcional ou que visem o seu desenvolvimento (planos estratégicos de desenvolvimento). Consequentemente, não existe regulamentação em geral e, em particular, normas nacionais, orientações e outros textos regulamentares para os laboratórios. Algumas infraestruturas laboratoriais são obsoletas e, por conseguinte, não cumprem as normas laborais de segurança e de biossegurança. O equipamento é insuficiente, carece de manutenção e frequentemente avaria, pelo que não pode garantir a qualidade e a fiabilidade dos resultados. Escassez ou mesmo ausência de consumíveis e reagentes laboratoriais são frequentes. É necessário reforçar as capacidades técnicas dos profissionais de saúde, nomeadamente na gestão dos riscos e resíduos biológicos.

Não existe integração das unidades sanitárias privadas existentes no país (10 clínicas e 5 farmácias) na estratégia de consecução da Cobertura Universal de Saúde em São Tomé e Príncipe, sendo que a dimensão do desafio exige a intervenção de múltiplos atores. Embora o governo deva liderar no que diz respeito ao processo de financiamento e estruturação do sistema de saúde (nomeadamente medindo e compreendendo os papéis que as diferentes partes interessadas devem desempenhar), o setor privado deve ser parceiro no mesmo caminho que o governo, sintonizado com os objetivos e ambições de saúde, seja como financiador ou prestador. O valor e o contributo que o setor privado pode trazer a este processo, proporcionando inovação, aumentando o acesso e ajudando a fortalecer os sistemas de saúde, é cada vez mais reconhecido e o sector privado tem de estar pronto para apoiar o governo na consecução da CUS.

2.2.8. COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Cobertura Universal de Saúde significa que *Todos os indivíduos e comunidades têm acesso aos serviços de saúde de que precisam, quando e onde precisam, sem criar sobre esforço financeiro. Inclui serviços essenciais de saúde, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Deve basear-se em cuidados de saúde primários fortes e centrados nas pessoas.* (OMS)

Em 2019, de acordo com os dados do Observatório Africano Integrado da Saúde, o **Índice de Cobertura Universal de Saúde** em São Tomé e Príncipe, baseado em intervenções que incluem saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infeciosas, doenças não transmissíveis, capacidade e acesso aos serviços de saúde, era de **60.25**, numa escala de 0 a 100. Um aumento de 24 pontos em relação ao valor do índice registado no ano 2000.³⁰ A Figura 13. mostra a situação relativa de São Tomé e Príncipe em 2017, em comparação com a região africana e a média dos PEID.



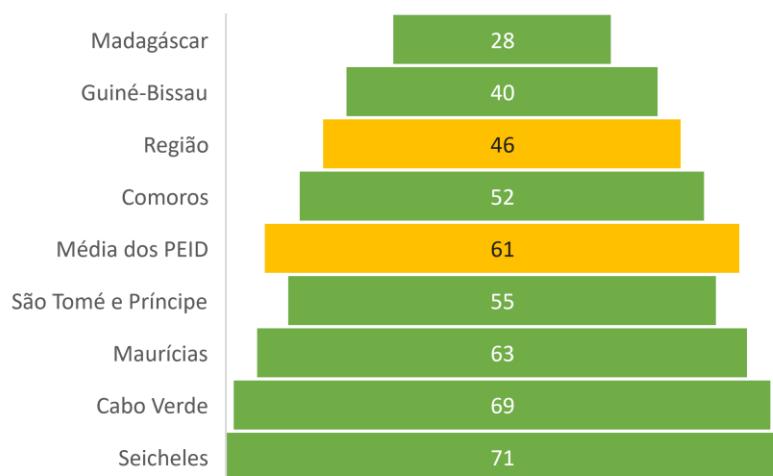


Figura 13. Índice de cobertura de serviços essenciais de Saúde da CUS (0-100) e comparação entre países da Região e outros PEID. Fonte: OMS 2017.

A transição epidemiológica exige uma adaptação da oferta de serviços de saúde (em tipo, volume e organização) para avançar rumo à Cobertura Universal de Saúde. As soluções introduzidas para responder aos desafios das doenças transmissíveis mostraram-se eficazes, mas não são adequadas para responder à mudança do perfil sociodemográfico e epidemiológico e às expectativas da população.

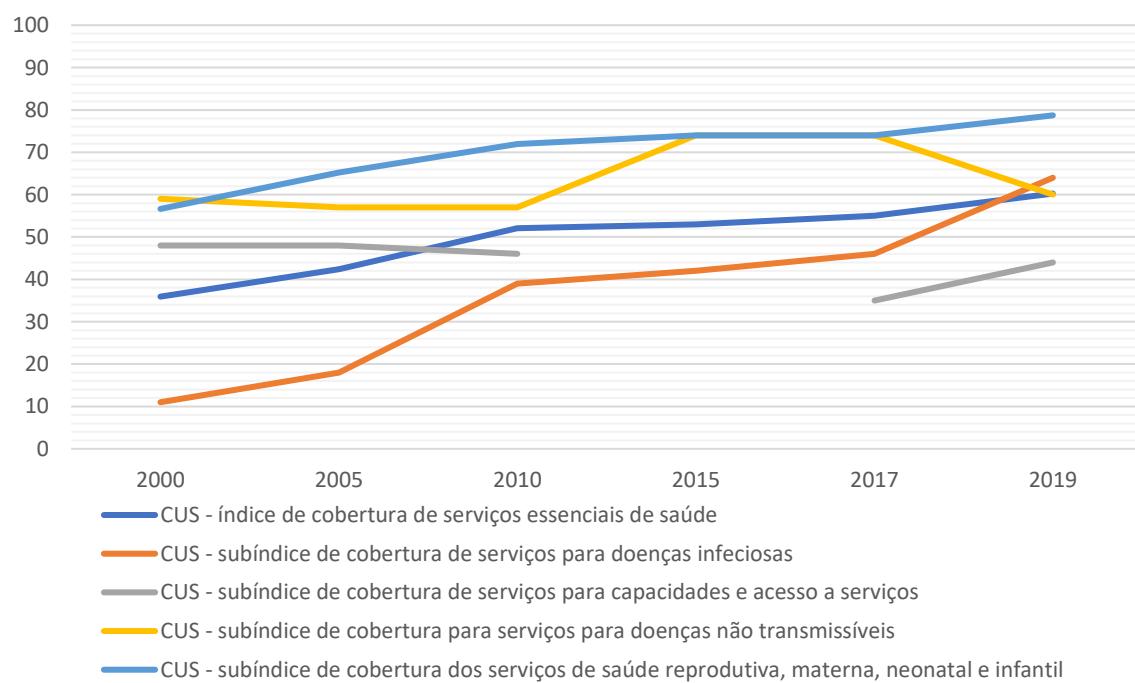


Figura 14. Índices de cobertura de serviços em São Tomé e Príncipe de 2000 a 2019. Nota: Não existem dados publicados em 2015 relativamente ao subíndice de cobertura de serviços para capacidades e acesso a serviços. Fonte: OMS 2017.



Em São Tomé e Príncipe tem-se registado uma melhoria do índice de cobertura de serviços para doenças infeciosas, para serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e em termos de capacidade e acesso aos serviços de saúde, mas o subíndice de cobertura para doenças não transmissíveis diminuiu (Figura 14.), em contracorrente com a elevada prevalência de DNT no país e colocando em risco o seu desenvolvimento inclusivo e sustentável.

2.2.9. RESPOSTA A EMERGÊNCIAS E EPIDEMIAS

Os últimos 20 anos confirmam a vulnerabilidade de São Tomé e Príncipe a emergências de Saúde Pública, de diferentes naturezas e origens, incluindo epidemias, doenças emergentes, doenças reemergentes e desastres ou catástrofes, com elevado impacto na população e ultrapassando recorrentemente as capacidades do Sistema Nacional de Saúde. São exemplo a epidemia de cólera em 2005/2006, surtos epidémicos de diarreia por rotavírus em 2004, 2010 e 2012, surto de gripe B em 2011, o aumento do número de casos de celulite necrotizante entre 2016 e 2018 e, mais recentemente, a pandemia por Covid-19 e a epidemia de Dengue. Outras situações, como a pandemia de Influenza em 2009 (H1N1) e a epidemia pelo vírus Ébola em 2013/2014 e em 2018, não chegaram a afetar o país, mas criaram a necessidade de desenvolver um plano de preparação de reposta rápida para contenção do risco de entrada e disseminação da doença.^{31,32}

Desde o início da pandemia de COVID-19 o país já ultrapassou 4 vagas, a última das quais em Janeiro de 2022. Até 27 de Novembro de 2021, o número total de casos acumulados era de 6278, com uma taxa de ataque de 2.864/100.000 habitantes, 77 óbitos e uma taxa de letalidade de 1,2%.³³ Vários fatores contribuíram para a transmissão do SARS-CoV-2 no país, incluindo a fraca percepção de risco de infecção pelo vírus, com consequente baixa adesão da população às medidas de prevenção, concentração de pessoas em contexto de eventos sociais, movimentos da população devido ao aumento das viagens internacionais e relaxamento das medidas de saúde pública, nomeadamente durante o período das férias de verão.

São Tomé e Príncipe foi um dos primeiros países da Região africana a receber as vacinas contra a COVID-19, tendo iniciado o processo de vacinação em Março de 2021. Alcançou uma cobertura de 72,7% de pessoas com o esquema vacinal completo considerando a população alvo, e 47,3% de pessoas com o esquema vacinal completo considerando a população geral. (Figura 15.) O país é também, ao nível da Região, o que melhor cobertura tem para o esquema primário e para a dose de reforço, e um dos que melhor tem feito a gestão das doses de vacinas recebidas.

Os esforços continuam para alcançar uma cobertura de 100% dos grupos de risco, para o esquema primário e para a dose de reforço.



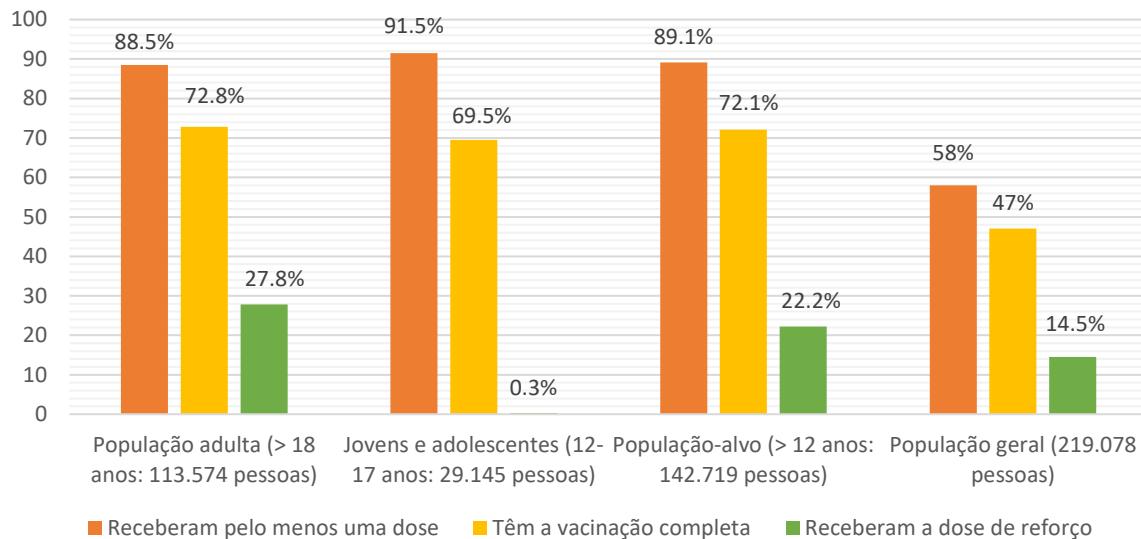


Figura 15. Situação da cobertura vacinal nacional da vacina contra a Covid-19, a 21 de Agosto de 2022.

Fonte: Ministério da Saúde de STP.

A pandemia de COVID-19 foi um duro golpe para os serviços de saúde, suscitando a preocupação de que alguns dos principais desafios do país, em saúde, possam piorar.

O progresso significativo que havia sido alcançado para as doenças transmissíveis incluídas nos programas, designadamente o programa de vacinação, ficou em risco durante a pandemia. Houve também dificuldade em dar resposta na prestação de outros cuidados de saúde, principalmente durante a primeira vaga da pandemia.¹²

A pandemia teve também impacto no número de cirurgias eletivas realizadas no âmbito das missões de especialidade que se deslocam regularmente ao país. Em 2019, de um total de 1667 intervenções eletivas, 488 foram realizadas por missões (30% do total das cirurgias realizadas), ao invés de 2020, em que apenas 29 intervenções, de um total de 651, foram realizadas por estas equipas. Esta observação confirma o risco e a insustentabilidade da dependência de recursos externos.¹²

Relativamente à mais recente epidemia de Dengue no país, os dados publicados em Agosto de 2022, confirmam um total acumulado de 980 casos identificados e confirmados em todos os distritos sanitários, de um total de 3376 casos suspeitos testados. Foi necessário internamento em 134 casos, dos quais 30 apresentaram sinais hemorrágicos. Três óbitos foram notificados e 967 casos foram declarados como recuperados. Todos os 7 distritos de saúde notificaram casos.³⁴

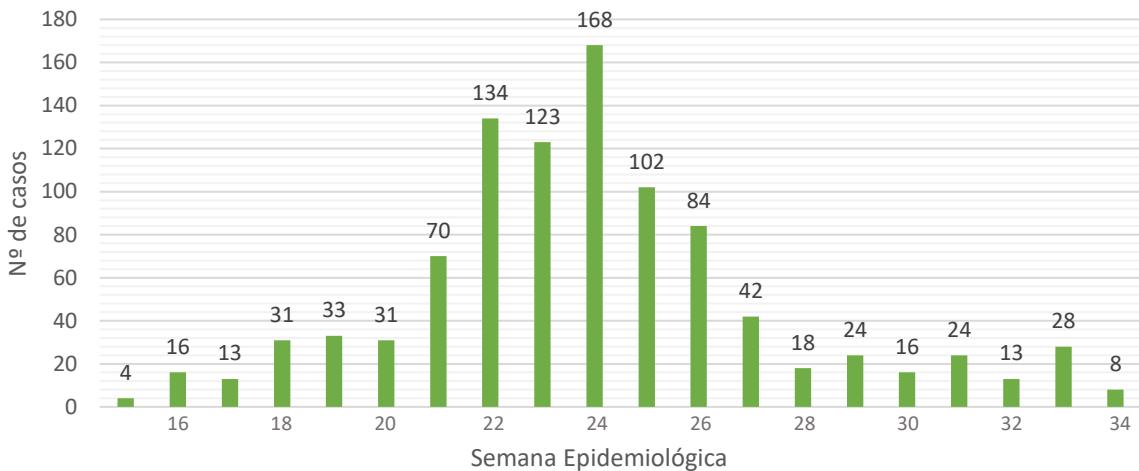


Figura 16. Distribuição dos casos de Dengue em São Tomé e Príncipe a 26 de agosto de 2022. Fonte: DVE, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe; OMS.

A taxa de ataque em Água Grande é de longe a mais alta (72,8 por 10.000 habitantes) e as taxas de ataque por faixa etária são: 0-9 (21,6), 10-19 (37,2), 20-29 (43,3), 30 -39 (52,6), 40-49 (43,8), 50-59 (52,9) e 60+ (47,6).³⁴

O país está também vulnerável às alterações climáticas. Em 2016, as inundações na Região Autónoma do Príncipe provocaram feridos, deslocação forçada de pessoas e isolamento das comunidades; em 2017, o deslizamento de terra provocado por chuvas torrenciais registadas no sul do país, causou cortes de vias e isolamento de pessoas e, mais recentemente, em 2021 e 2022, as chuvas torrenciais provocaram perdas humanas e importantes danos materiais, com destruição de habitações de famílias e vias de acesso a algumas comunidades, em São Tomé e na ilha do Príncipe.

A alterações climáticas ameaçam fazer desmoronar os progressos no desenvolvimento, na saúde global e na redução da pobreza, alcançados nos últimos 50 anos, e agravar ainda mais as desigualdades em saúde existentes entre e dentro das populações. A crise climática já afeta a saúde de várias formas, elevando mesmo a morbimortalidade consequente a eventos climáticos extremos cada vez mais frequentes, como ondas de calor, tempestades e inundações, criando perturbações ao nível dos sistemas alimentares, contribuindo para o aumento das zoonoses e doenças de transmissão alimentar, hídrica e por outros vetores, e problemas de saúde mental. As alterações climáticas estão também a minar muitos dos determinantes sociais para uma boa saúde, nomeadamente os meios de subsistência, a igualdade e o acesso aos cuidados de saúde e às estruturas de apoio social. Mais de 930 milhões de pessoas, cerca de 12% da população mundial, gastam pelo menos 10% do seu orçamento familiar para pagar os cuidados de saúde. Os choques e as tensões na saúde já empurram cerca de 100 milhões de pessoas para a pobreza todos os anos, com o impacto das alterações climáticas a agravarem esta tendência.^{31,32}



Figura 17. Uma visão geral do impacto das alterações climáticas: riscos para a saúde, vias de exposição e fatores de vulnerabilidade. Fonte: OMS.

A vulnerabilidade e o risco de catástrofes em São Tomé e Príncipe continuarão a aumentar durante os próximos anos, a menos que sejam desenvolvidos esforços significativos para reforçar a resiliência e adotar estratégias de adaptação. A adaptação às alterações climáticas deve tornar-se uma prioridade para todos os ministérios, câmaras e toda a sociedade civil.

Com o objetivo de apoiar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública, que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo, em 2005, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, foi adotado o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, incluindo São Tomé e Príncipe. O RSI-2005, que entrou em vigor em 2007, incita todos os Estados Parte a desenvolverem as suas capacidades básicas em saúde pública, com o objetivo de prevenir, proteger, controlar e fornecer uma resposta de saúde pública à propagação internacional de doenças, de forma proporcionada e restrita aos riscos para a saúde pública, e que evite interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacionais. São Tomé e Príncipe adotou o RSI em 2010.

A *Avaliação Externa Conjunta das Principais Capacidades do RSI* (Maio, 2019), que avaliou as capacidades nacionais de diversos sectores relevantes em 19 áreas técnicas, a *revisão pós ação* do surto de celulite necrotizante (Novembro, 2019), a revisão intra-ação da resposta à pandemia de Covid-19 (Julho, 2021), e a *avaliação de Risco de Eventos de Saúde Pública* (2021), permitiram criar fortes evidências para fundamentar o *Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária de São Tomé e Príncipe 2022-2026*, validado em Novembro de 2021.



Este plano *multissetorial*, inclusivo e abrangente, e que abarca todos os Ministérios do Governo e forças vivas da sociedade civil, permitirá o desenvolvimento, até 2026, das capacidades básicas necessárias para a implementação do RSI-2005, de modo a prevenir ou responder a quaisquer riscos de propagação nacional e internacional de doenças, e contribuir também para a segurança sanitária mundial.³¹

O país tem tomado medidas concretas para o reforço da aplicação do RSI-2005 e para a implementação do Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária, nomeadamente:

- Melhoria da vigilância dos pontos de entrada (com foco na Vigilância Integrada de Doenças e Respostas), ao nível distrital e comunitário, incluindo a formação de pontos focais;
- Reforço das capacidades laboratoriais para o diagnóstico de doenças com potencial epidémico, definidas como prioritárias de acordo com a recomendação do RSI; neste momento existe no país capacidade laboratorial para diagnóstico do HIV, TB e paludismo, mas é necessário alargar as capacidades para o diagnóstico do vírus influenza, salmonela, poliomielite, além das outras 4 doenças priorizadas pelo próprio país (meningite bacteriana, febre hemorrágica viral, hepatite viral e sarampo);
- Formação teórico-prática da Equipa nacional de resposta rápida; está em curso a formação da componente operacional das Equipas distritais de resposta rápida;
- Desenvolvimento de um guia de procedimentos (validado em Maio, 2022) para a Equipa de Resposta Rápida, nacional e distrital;
- Realização do Curso de Epidemiologia de campo (3 grupos já concluíram a formação);
- Designação de um espaço físico para a instalação e funcionamento do Centro de Operações de Emergências (a reabilitação do espaço deverá estar concluída até ao final do ano de 2022);
- Desenvolvimento da equipa do COE e indicação da pessoa para coordenação da equipa; (a OMS facilitou a presença de um consultor para a formação dos elementos, realizada de Abril a Junho de 2021);
- Exercícios de simulação com o apoio da OMS (3 exercícios foram realizados durante a pandemia de Covid-19 e mais recentemente, em Junho de 2022, a OMS apoiou a organização de um exercício de simulação, de grande escala, para a ocorrência de um surto de febre hemorrágica do Ébola em São Tomé e Príncipe).

São Tomé e Príncipe não dispõe de um Laboratório Nacional de Saúde Pública para servir de laboratório nacional de referência para o diagnóstico e vigilância de doenças prioritárias, doenças endémicas e epidemias, para o apoio a programas de saúde e controlo de doenças. Tão pouco existe uma política-quadro para a organização e regulação do funcionamento de Laboratórios de Saúde Pública. Com o apoio técnico e financeiro da OMS foi feita uma avaliação do estado atual dos laboratórios no país com vista à elaboração da Política Nacional de Laboratórios de Saúde e do Plano Estratégico dos Laboratórios de Saúde Pública, que está neste momento já fase em desenvolvimento.



A saúde humana está intimamente interligada à saúde dos animais e ao meio ambiente, sendo que 70 a 75% de doenças emergentes são de origem animal. A monitorização, vigilância e controle de agentes infeciosos, que podem cruzar espécies e barreiras ambientais, é imperativa. Em São Tomé e Príncipe, 60% da população desenvolve alguma atividade ligada à agricultura e é, por isso, vulnerável. Tornou-se evidente a necessidade de melhorar a comunicação e colaboração entre os sectores de saúde humana, saúde animal e ambiente, como parte da abordagem “Uma Só Saúde”. Essa necessidade tinha sido já identificada na avaliação PVS da OIE, na qual o País participou em 2013.

Tendo em conta a frequência das catástrofes e a vulnerabilidade do sistema de saúde frente às emergências sanitárias, é de extrema importância que sejam implementadas as ações necessárias para fortalecer a resiliência do sistema e a sua capacidade de prestação dos cuidados de saúde, com vista à cobertura sanitária universal.

2.2.10. CONCLUSÃO E PRIORIDADES

São Tomé e Príncipe viu a sua esperança média de vida aumentar significativamente nos últimos 20 anos e alcançou resultados notáveis em várias doenças, especialmente paludismo, VIH/SIDA, TB e doenças tropicais negligenciadas, e na cobertura de serviços essenciais (vacinação, assistência qualificada ao parto). Estes resultados são essencialmente fruto de uma abordagem muito direcionada por meio de programas, com uma mobilização significativa de recursos e com padrões de monitorização e avaliação rigorosos.

Esta abordagem não beneficiou, porém, o sistema de saúde como um todo, privilegiando de forma diferenciada os programas verticais em detrimento de uma visão horizontal da prestação de cuidados de saúde. O sistema de saúde apresenta-se com uma estrutura envelhecida, com graves falhas no acesso a água e eletricidade, manutenção dos equipamentos e tratamento dos resíduos e, apesar do princípio da gratuidade no acesso a alguns cuidados de saúde, São Tomé e Príncipe é o país da região africana com percentagem mais elevada de agregados familiares com gastos catastróficos em saúde.

As soluções introduzidas para responder aos desafios das doenças transmissíveis mostraram-se eficazes, mas não são adequadas para responder à mudança do perfil sociodemográfico e epidemiológico do país e às expectativas da população. É urgente uma adaptação da oferta de serviços de saúde (em tipo, volume e organização) para garantir a consecução da Cobertura Universal de Saúde.

A concretização de reformas no Sistema Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe é oportuna e imperativa, para garantir de uma abordagem ajustada à nova conjuntura da saúde em São Tomé e Príncipe, consequente à emergência das doenças não transmissíveis, da manutenção dos ganhos já conquistados ao nível das doenças transmissíveis e da capacidade de enfrentar os novos desafios.



Da análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde de São Tomé e Príncipe, definem-se as seguintes prioridades:

1. Necessidade de reforço dos cuidados e serviços de saúde a todos os níveis, e incluindo o setor privado, com impulsão dos cuidados de saúde primários, centrados nas necessidades das pessoas, famílias e comunidades, revitalização dos distritos de saúde e racionalização dos cuidados de saúde terciários, ao nível do hospital central.
2. Abordagem da saúde dos indivíduos de forma integral, implementando estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e atuando sobre os determinantes da saúde, com descentralização e integração dos programas verticais ao nível dos cuidados de saúde primários.
3. Proteção das famílias do risco financeiro da falta de saúde, assegurando a cobertura de alguns serviços de acordo com a vulnerabilidade financeira dos agregados familiares, de modo que as pessoas que precisam de cuidados de saúde não se sintam impedidos de procurá-los, e não estejam sujeitas a despesas catastróficas ou ao empobrecimento ao fazê-lo.
4. Desenvolvimento e implementação de um plano de investimento, de curto e longo prazo, integrando as reformas necessárias para a sua sustentabilidade (dotação orçamental suficiente, mecanismos de monitorização e controlo), para a gestão da qualidade do sistema de saúde, reforço dos recursos humanos da saúde, modernização e manutenção de infraestruturas (água, saneamento, eletricidade verde) e equipamentos, e aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde, garantindo deste modo a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

A Cobertura Universal de Saúde é, mais do que nunca, um desafio. A confrontação com a evidência dos números, e da sua análise gerou a convicção firme e consensual das mudanças a implementar para garantir a consecução da meta da Cobertura Universal de Saúde em São Tomé e Príncipe.



III. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE



III. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

3.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: FUNDAÇÃO, VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS

FUNDAÇÃO Entende-se como política de saúde, o conjunto de princípios e objetivos que servem de guia a tomadas de decisão no setor da saúde e que fornecem a base da planificação das atividades em determinado domínio. A política de saúde representa todas as escolhas estratégicas do Governo para melhorar o estado de saúde da população residente no território nacional da sua responsabilidade, na base da determinação das áreas e campos de intervenção, estabelecimento de prioridades bem definidas, especificação de objetivos claros a serem alcançados, identificação de fontes e mecanismos de financiamento assim como a mensuração dos resultados.³

A Política Nacional de Saúde, elaborada com o apoio dos parceiros bilaterais e multilaterais do Ministério da Saúde e com a colaboração de ONG nacionais e internacionais, setor privado e sociedade civil, elege a Cobertura Universal de Saúde como novo paradigma, focando o reforço dos cuidados de saúde primários como estratégia primordial para enfrentar o perfil epidemiológico atual, centrado na prevenção e gestão das doenças não transmissíveis e na proteção social na saúde, entre outros.

VISÃO Tornar São Tomé e Príncipe, uma nação saudável, com um sistema de saúde de qualidade, integrado num ambiente propício para oferecer cuidados da saúde eficazes, eficientes, aceitáveis, acessíveis, resilientes e sustentáveis. Esta visão tem em conta sete pilares fundamentais, eleitos para a definição de eixos estratégicos e intervenções prioritárias, de forma a alcançar os objetivos e metas propostas:

1. Governação da saúde
2. Financiamento da saúde
3. Medicamentos e tecnologia de saúde
4. Sistema de prestação de cuidados
5. Recursos humanos da saúde
6. Sistema de Informação em saúde
7. Infraestruturas e equipamentos

Importa realçar que, a elaboração da Política Nacional de Saúde teve em conta os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, definidos na Agenda de Transformação 2030, de forma a estarem alinhadas as estratégias de desenvolvimento da saúde com a redução dos determinantes de doença psicossociais, ambientais e comportamentais.



VALORES E PRINCÍPIOS Os valores e princípios que regeram a elaboração da Política Nacional da Saúde, foram:

1. A saúde é um direito do cidadão, todos têm o dever de a defender e é responsabilidade do estado assegurar a sua promoção e proteção;
2. Universalidade da cobertura das intervenções;
3. Equidade no acesso e na utilização dos cuidados da saúde, sem preconceito e privilégio de qualquer espécie;
4. A solidariedade de todos os utentes na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde;
5. A defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
6. Uma sociedade civil capacitada e empoderada, que colabora na promoção, manutenção e melhoria da saúde e bem-estar;
7. A salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores;
8. A salvaguarda da ética e deontologia profissional na prestação dos serviços de saúde.

3.2. ORIENTAÇÕES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A elaboração da Política Nacional da Saúde foi alicerçada no relatório de avaliação do Sistema Nacional da Saúde elaborado com o suporte da OMS, onde foram identificados os progressos e desafios relacionados com a disponibilidade, acessibilidade, e qualidade dos serviços essenciais de saúde, bem como as forças e as fraquezas em cada um dos pilares do sistema de saúde, numa perspetiva de equidade e visando a população mais vulnerável. As orientações da Política Nacional da Saúde visam também a contribuição para o reforço da coordenação entre parceiros nacionais e internacionais e da colaboração intersectorial de uma forma integrada e participativa no conceito de *Uma só Saúde*.

Com base nos problemas acima identificados, foi definido um conjunto de orientações estratégicas:

1. Reforço dos cuidados de saúde primários, com maior enfoque na prevenção da doença;
2. Revitalização dos cuidados de saúde primários e racionalização do funcionamento do HAM para a prestação de cuidados da saúde de qualidade em todos os níveis do sistema da saúde;
3. Reforma do sistema de saúde e o surgimento de um enfoque multissetorial, que vai além da comunicação, para enfrentar os desafios decorrentes da transição epidemiológica, mantendo as conquistas (resultados obtidos no domínio das doenças transmissíveis, vacinação, saúde materna, entre outros);
4. Desenvolvimento e implementação de cuidados de saúde primários centrados na pessoa;



5. Desenvolvimento e implementação de um plano de investimento setorial para atender à procura crescente de cuidados de saúde, e atualização da oferta dos serviços da saúde existentes, em todos os níveis do sistema da saúde (nomeadamente, recursos humanos, infraestrutura, equipamentos, medicamentos, procedimentos);
6. Evolução para uma abordagem racional e equitativa, complementada por mecanismos de cobertura dos riscos;
7. Definição de prioridades e promoção de ações sustentáveis e duradouras no combate às doenças;
8. Manutenção pelo Governo de uma linha orçamental para aquisição de vacinas e reforço dos cuidados de saúde primários;
9. Promoção e valorização da saúde em todas as políticas.

Importa salientar que a nova Política Nacional da Saúde permitirá alinhar todos os outros documentos reitores do Ministério da Saúde, nomeadamente o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde e os demais planos estratégicos sectoriais.



IV. IMPLEMENTAÇÃO DA NOVA PNS (PNDs)



IV. IMPLEMENTAÇÃO DA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE (PNDS)

4.1. OBJETIVO GERAL

Garantir até 2030 a melhoria do estado de saúde da população de São Tomé e Príncipe, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a vulnerabilidade e riscos para a saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Até 2030, manter a taxa de mortalidade neonatal e infantil em 8‰ e 16‰, respetivamente;
2. Até 2030, reduzir o rácio de mortalidade materna para menos de 70 mortes maternas/100.000 nados vivos;
3. Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis pela prevenção e tratamento e promoção da saúde mental e bem-estar;
4. Até 2030, acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis;
5. Até 2030, assegurar a cobertura universal de saúde a 50% da população, incluindo a proteção dos riscos financeiros, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade, de forma sustentável.

4.3 SISTEMA DE SAÚDE DISTRITAL CENTRADA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA VISÃO RENOVADA PARA SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

São Tomé e Príncipe fez progressos consideráveis na melhoria da saúde e bem-estar da população nas últimas décadas, com uma importante redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, uma redução na incidência do VIH/SIDA, tuberculose e doenças evitáveis por vacinação, e o controlo da malária e outras doenças tropicais negligenciadas. Contudo, o país é confrontado com um aumento crescente de doenças não transmissíveis, que são atualmente a principal causa de mortalidade no país, e com a necessidade de manter os ganhos já obtidos em matéria de saúde.

Os desafios que o sistema de saúde do país enfrenta incluem: 1. dotação orçamental inadequada para a saúde; 2. má liderança, gestão e coordenação; 3. número inadequado de recursos humanos qualificados; 4. indisponibilidade de acesso a medicamentos essenciais e tecnologias de saúde; 5. falta de dados de saúde fiáveis para apoiar decisões e planeamento estratégico racional de intervenções no sistema nacional de saúde; 6. rede não estruturada de cuidados primários de saúde com infraestruturas deficientes, com sobrecarga dos cuidados terciários (hospitalares), e 7. cuidados de saúde centrados na gestão de doenças e não na prevenção, combinados com uma integração deficiente de programas verticais. O acesso aos



cuidados de saúde é limitado pelas lacunas nos serviços de saúde disponíveis, local de residência, nível educacional e capacidade financeira, sendo São Tomé e Príncipe o país da região africana e dos PEIDs com a maior percentagem de agregados familiares com despesas de saúde catastróficas.

Cuidados de saúde primários (CSP) fortes são a base de sistemas de saúde fortes e o principal veículo para alcançar a cobertura universal da saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados com a saúde. Tal como salientado no Quadro Operacional da OMS para CSP, um enfoque renovado na prestação de serviços de saúde integrados com ênfase nos cuidados primários e funções essenciais de saúde pública, será fundamental para assegurar que todas as pessoas recebam os cuidados certos, no momento certo, o mais perto possível das suas casas. Isto implica dar prioridade estratégica a um pacote chave de intervenções para assegurar que os serviços sejam de alta qualidade, integrados, centrados nas pessoas, disponíveis e acessíveis para satisfazer as necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida e através do continuum dos cuidados - desde a prevenção, promoção e proteção até ao tratamento, reabilitação e palição.

A revitalização dos cuidados de saúde primários em São Tomé e Príncipe é fundamental para o esforço de alcançar "vidas saudáveis e bem-estar para todas as idades", e a sua integração num modelo de saúde distrital é fundamental por várias razões:

1. As características dos cuidados de saúde primários permitem ao sistema de saúde adaptar-se e responder a um contexto complexo e em rápida mudança;
2. A sua ênfase é na promoção da saúde, na prevenção da doença e na abordagem dos determinantes socioeconómicos da saúde, centrada nas pessoas;
3. Os cuidados de saúde primários são uma forma altamente eficaz de abordar as principais causas de doença e os fatores de risco para a saúde, bem como de enfrentar os desafios de saúde emergentes que podem ameaçar a saúde no futuro;
3. A cobertura universal da saúde só pode ser alcançada de forma sustentável se houver mais ênfase nos cuidados de saúde primários.

Sobre a relevância de um Sistema Distrital de Saúde:

1. Tem boa relação custo-benefício;
2. É suficientemente pequena, e está mais perto das comunidades, para estar familiarizada com os fatores demográficos e socioeconómicos relevantes, e para poder tê-los em conta;
3. O planeamento e organização participativa é mais viável a nível local;
4. A comunicação com grupos-alvo é mais fácil devido à proximidade geográfica;
5. A gestão (incluindo a supervisão) é menos complexa e, portanto, mais eficaz;
6. É mais fácil coordenar diferentes programas e serviços a nível distrital;
7. A cooperação intersectorial é mais fácil, especialmente a nível municipal.



As intervenções prioritárias definidas neste PNDS estão alinhadas com a visão de um Sistema Distrital de Saúde, dinâmico e ajustado ao contexto de São Tomé e Príncipe. Este modelo deve centrar-se na revitalização dos cuidados primários e da intervenção comunitária (com a integração de todos os programas de saúde), no reforço da liderança e gestão em saúde, no reforço da capacidade dos gestores distritais e dos profissionais de saúde, na aquisição e distribuição de medicamentos e outras tecnologias de saúde, na produção e gestão de dados de saúde de qualidade e relevantes, e no desenvolvimento da cooperação intersectorial a nível distrital, envolvendo municípios e outros sectores e parceiros, incluindo a educação, agricultura, urbanismo, ambiente, saneamento e sociedade civil.

Alinhar esta visão nacional entre os parceiros do sector da saúde é crucial para maximizar as suas sinergias, reforçar a colaboração estratégica, e coordenar melhor o apoio aos esforços do país para alcançar os objetivos de saúde, com melhor saúde e bem-estar para a população.

4.4. EIXOS ESTRATÉGICOS DE INTERVENÇÃO E AÇÕES PRIORITÁRIAS, AO NÍVEL DOS DIFERENTES PILARES DO SISTEMA DE SAÚDE

O Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde define os eixos estratégico de cada um dos pilares fundamentais do Sistema de Saúde, e para cada eixo são identificadas as intervenções prioritárias necessárias para a consecução dos objetivos. Para cada intervenção prioritária foi definido o nível de prioridade para o início da sua implementação: **elevado** – até 2 anos e **normal** – até 5 anos. Estão também indicados os respetivos parceiros de implementação. Pretende-se, deste modo, clarificar e facilitar a calendarização da implementação do PNDS e orientar a estratégia de financiamento do sistema de saúde.

No seu conjunto, os eixos estratégicos e as respetivas intervenções prioritárias convergem para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, equidade no acesso aos cuidados e para a sua sustentabilidade.



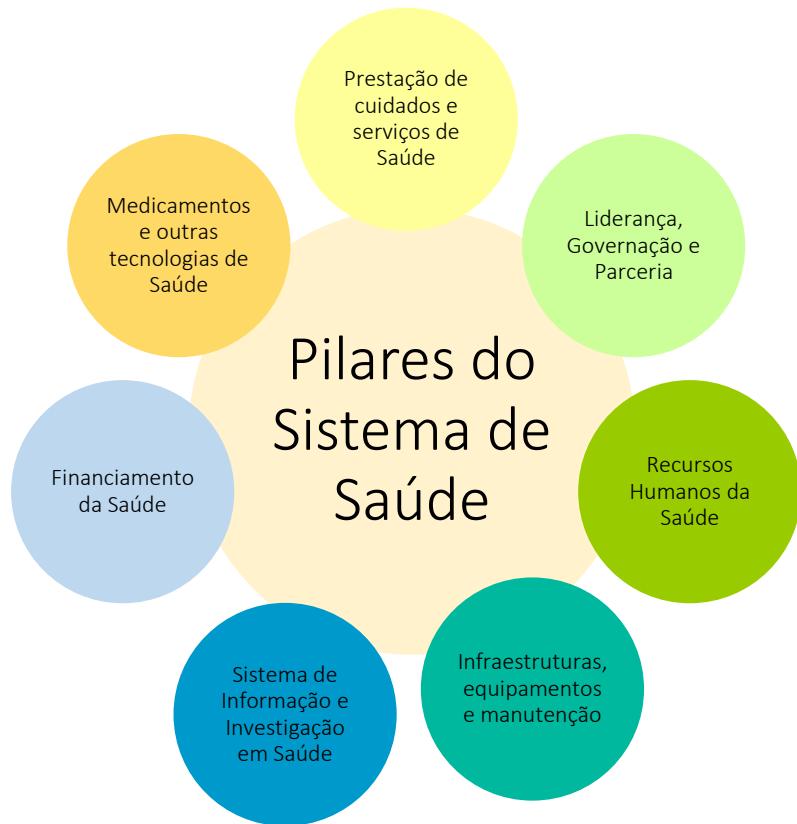


Figura 18. Pilares do Sistema Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe.

4.4.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A mudança do modelo de prestação de cuidados de saúde não só é necessário, como possível e sustentável. Cuidados focados na pessoa/comunidade e descentralizados irão contribuir para o acesso amplo, oportuno e equitativo aos cuidados de saúde primários, com repercussão, positiva também, na eficiência e eficácia dos cuidados prestados a nível terciário. Os eixos estratégicos, e as respetivas intervenções prioritárias, impactam transversalmente todos os níveis de prestação de cuidados do sistema de saúde e impulsionam a progressão para a Cobertura Universal de Saúde.

EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Cuidados de Saúde (primários, secundários, intervenção a nível comunitário e terciários)
2. Literacia em Saúde
3. Rede de Unidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde
4. Transferência de doentes entre unidades prestadoras de cuidados
5. Saúde digital em todos os níveis de cuidados
6. Cuidados de saúde disponibilizados
7. Rede de Laboratórios de Saúde Pública
8. Emergências de Saúde Pública
9. Rede de cuidados continuados e paliativos



EIXO ESTRATÉGICO 1. CUIDADOS DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Melhorar a qualidade e humanizar o atendimento ao doente.			MS; SOS saúde mental; psicólogos; Ordem M STP; associação enfermeiros e parceiros
Criar e divulgar a carta de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.			MS; SOS saúde mental; psicólogos; Ordem Médicos STP; Associação enfermeiros e parceiros
Criar um mecanismo de apoio (sugere-se caixa de sugestões) ao utente para: <ul style="list-style-type: none"> ■ comunicar e sensibilizar os utentes para a existência de um novo mecanismo de apoio ao utente para reforço da confiança nos serviços e melhoria da sua qualidade ■ receber e registar as reclamações, e sugestões de utentes, profissionais de saúde e gestores ■ análise regular pelos responsáveis das unidades de saúde ■ solicitar informação aos responsáveis dos serviços visados sobre as exposições dos utentes; ■ propor medidas que assegurem a melhoria dos serviços de saúde e a satisfação das necessidades e direitos dos utentes; ■ elaborar um relatório e difundir informação para MS e utentes 			MS; SOS saúde mental; psicólogos; Ordem Médicos STP; Associação enfermeiros e parceiros; Ministério da Justiça; INSS
Reforçar a acessibilidade a meios complementares de diagnóstico mínimos, nos Centros de Saúde (hemograma, urina, eletrocardiograma e Rx) e mais diferenciados no Hospital Central (incluindo bioquímica, microbiologia, citologia, Ecografia, Ecocardiografia, TAC).			MS e parceiros de desenvolvimento



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Normalizar e implementar as intervenções em saúde pela definição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (fomentar a cultura de seguimento de protocolos), nomeadamente para a abordagem das doenças não transmissíveis, para melhorar a eficácia clínica, os resultados em saúde e a segurança para os doentes.			MS e parceiros de desenvolvimento
Eliminar as doenças dependentes de água nomeadamente pela melhoria do saneamento básico.			MS, Câmaras Distritais, outros ministérios relevantes, parceiros de desenvolvimento
Desenvolver um programa de rastreio para doenças oncológicas prioritárias e em grupos de risco, combinando modalidades mistas, unidades móveis e principais unidades de saúde.			MS e parceiros de desenvolvimento
Implementar o Registo oncológico Nacional.			MS e parceiros de desenvolvimento
Definir principais indicadores e metas, por unidade de saúde, para avaliação da qualidade do desempenho na prestação de cuidados.			MS e parceiros de desenvolvimento

1.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS, E INTERVENÇÃO A NÍVEL COMUNITÁRIO			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Traçar o perfil socioeconómico, demográfico, epidemiológico e antropológico das diferentes comunidades, individualizadas e agrupadas, a nível distrital, subnacional e nacional.			Áreas distritais de Saúde, Câmaras distritais, agentes de saúde comunitária, Instituto Nacional de Estatística, comunidades religiosas, profissionais da área da educação.
Integrar novos parâmetros no próximo censo demográfico para estudo dos grupos populacionais.			INE
Identificar os determinantes de saúde, específicos de cada comunidade.			MS, INE, OMS



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Identificar áreas prioritárias em saúde e planejar as intervenções, de acordo com o contexto do indivíduo, envolvendo elementos-chave de cada comunidade (ex. líderes comunitários, associações comunitárias e/ou líderes religiosos).			MS; OMS, outros ministérios relevantes, Áreas de Saúde, Câmaras distritais, comunidades religiosas, profissionais da área da educação
Integrar a ação das Unidades de Saúde Móvel no planeamento dos cuidados de saúde primários disponibilizados às comunidades.			Diferentes programas a nível do Ministério da Saúde, parceiros de desenvolvimento
Desenvolver uma abordagem adequada para alinhamento da medicina tradicional com a medicina convencional, identificando e mapeando a rede de elementos da comunidade que implementam tratamentos tradicionais e normalizar a sua ação no âmbito da saúde.			Áreas de Saúde, Câmaras distritais, líderes comunitários, Associação Terapeutas Tradicionais, OMS (para apoio técnico regional e inter-regional)
Disponibilizar consultas de especialidade nos Centros de Saúde de acordo com as necessidades da população das áreas distritais.			Ministério da Saúde, Parceiros de desenvolvimento como IMVF e outros
Organizar os cuidados de saúde baseados na abordagem por equipas multidisciplinares.			Ministério da Saúde
Reforço da atividade de vacinação no âmbito do RSS.			Ministério da Saúde, Gavi
Reforço da vacinação no âmbito do Plano Dose Zero.			Ministério da Saúde, Gavi
Reforço da vacinação Covid-19/CSD			Ministério da Saúde, Gavi

1.2. CUIDADOS DE SAÚDE TERCIÁRIOS			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Melhorar a coordenação entre os intervenientes no processo da Evacuação Sanitária de doentes de São Tomé e Príncipe para Portugal, para maior celeridade na efetivação da evacuação dos doentes.			Ministério da Saúde, Cooperação Portuguesa



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Identificar, no âmbito da evacuação sanitária, outros países receptores de doentes e estabelecer novos acordos de cooperação.			Ministério da Saúde
Implementar no Hospital Ayres de Menezes o Serviço de Anatomia Patológica (incluindo a histopatologia e citopatologia) e criar parcerias no âmbito do controlo de qualidade.			Ministério da Saúde, parceiros de desenvolvimento

EIXO ESTRATÉGICO 2. LITERACIA EM SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Desenvolver e implementar um estudo nacional de literacia em saúde em São Tomé e Príncipe.			MS, OMS, INE
Desenvolver um Plano Nacional de Educação para melhoria do nível de literacia em saúde, baseado na avaliação dos resultados do estudo nacional de literacia em saúde, para promover uma maior capacidade e responsabilização do indivíduo na gestão da sua própria saúde e na utilização mais eficaz dos recursos de saúde.			MS, OMS, Ministério da Educação, outros ministérios interessados, Câmaras Distritais, pessoas de influência da sociedade civil, CNES

EIXO ESTRATÉGICO 3.			
REDE DE UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Definir os serviços de saúde a serem prestados em cada nível de prestação de cuidados de saúde.			Ministério da Saúde



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Mapear a distribuição de recursos (humanos, equipamentos) e das unidades prestadoras de cuidados do sistema nacional de saúde, por área geográfica e tipologia (unidade móvel, posto de saúde comunitário, posto de saúde, centro de saúde, hospital regional e central) avaliando a sua racionalidade para a CUS.			Ministério da Saúde, OMS
Avaliar a necessidade de reforço do sistema de saúde, em recursos humanos, número e tipo de unidades de saúde, para garantir a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde a todos os cidadãos.			Ministério da Saúde, OMS

EIXO ESTRATÉGICO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOENTES ENTRE UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Criar um sistema em rede, apoiado no SIS, para a referenciação dos doentes ao Hospital Central (nomeadamente para serviço de urgência, consultas de especialidade e/ou realização de exames complementares de diagnóstico) e para a contra referenciação do doente para o posto ou centro de saúde.			Ministério da Saúde: Áreas de Saúde, HAM
Rever e atualizar os protocolos de referenciação e contra referenciação entre unidades de saúde dos diferentes níveis de cuidados.			Ministério da Saúde: Áreas de Saúde, HAM
Regulamentar o transporte do doente urgente entre unidades de saúde (transporte a nível interdistrital e regional).			Ministério da Saúde: Áreas de Saúde, HAM
Retomar e operacionalizar o projeto do Sistema de Emergência pré-hospitalar.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 5.

SAÚDE DIGITAL EM TODOS OS NÍVEIS DE CUIDADOS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Implementar gradualmente, através de um modelo piloto (ex. centros de saúde e hospital central) as ferramentas de saúde digital desenvolvidas pelo SIS: <ul style="list-style-type: none">▪ processo clínico único;▪ informatização do registo clínico e disponibilização de informação clínica em rede			Ministério da Saúde, OMS
Disponibilizar e regulamentar o uso da Telemedicina como ferramenta de comunicação entre unidades de saúde (nomeadamente para discussão de doentes e de resultados de exames complementares de diagnóstico).			MS, OMS, IMVF

EIXO ESTRATÉGICO 6. CUIDADOS DE SAÚDE DISPONIBILIZADOS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Definir os cuidados de saúde, de acordo com os programas de saúde existentes, a serem disponibilizados em cada nível de prestação de cuidados.			Ministério da Saúde, OMS
Definir as intervenções de cada programa de saúde e promover a sua integração nos cuidados de saúde primários.			Ministério da Saúde



<p>Deve ter o seu enfoque no diagnóstico precoce da doença e prevenção de doença e das suas complicações, possibilitando o tratamento adequado e atempado, e na promoção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida dos utentes. A modificação do comportamento e estilo de vida contribuirá decisivamente para a minoração do impacto das DNT. Deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rastreios (câncro da mama, colo do útero, cardiopatias congénitas críticas no período neonatal precoce) ▪ Vacinação (Plano Nacional Teoria da Mudança, com apoio da Gavi) ▪ Alimentação saudável e atividade física ▪ Controlo do consumo de álcool e tabaco ▪ Violência contra a criança, mulher e idoso ▪ Prevenção de acidentes (rodoviários e queimaduras) ▪ Campanha de Eliminação da defecação ao ar livre ▪ Saúde Oral e da Visão ▪ Vigilância da doença crónica 	<p>Deve integrar intervenções de comunicação para mudanças comportamentais, de modo a aumentar a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente pelos jovens e adolescentes. Deve também incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento familiar ▪ Vigilância da gravidez (incluindo diagnóstico pré-natal) e pós-parto ▪ DST e Infertilidade ▪ Menopausa 	<p>Deve incluir intervenções que diminuam as complicações peri-natais, a prevalência de infecções respiratórias e diarreia, as 3 principais causas de mortalidade infanto-juvenil em São Tomé e Príncipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto seguro e cuidados neonatais ▪ Consulta de Saúde Infantil e Juvenil ao nível dos cuidados primários ▪ Aleitamento materno ▪ Nutrição e Higiene <p>Deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano Nacional para as Doenças cérebro-cardiovasculares ▪ Plano Nacional de prevenção e controlo da Diabetes ▪ Plano Nacional para as doenças oncológicas ▪ Plano Nacional para a Saúde Mental ▪ Plano Nacional de cuidados integrados de saúde para o idoso <p>Deve garantir os ganhos já alcançados e o cumprimento das metas definidas nos planos estratégicos, mantendo e/ou reforçando as intervenções planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano Nacional de luta contra a TB, VIH e SIDA ▪ Plano Nacional de luta contra o paludismo ▪ Plano Nacional de luta contra as doenças tropicais negligenciadas
<p>PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</p>	<p>PROGRAMA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</p>	<p>PROGRAMA DE SAÚDE DO ADULTO E IDOSO</p>
<p>PROGRAMAS DAS ENDEMIAS</p>		



EIXO ESTRATÉGICO 7. REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Criar uma Direção de Laboratórios de Saúde Pública para organizar, coordenar, monitorizar e avaliar toda o sistema laboratorial.			Ministério da Saúde
Dotar o sistema de laboratórios de saúde pública de documentos e normas regulamentadoras.			Ministério da Saúde
Desenvolver um sistema nacional de gestão da qualidade dos laboratórios, baseado em normas internacionais, incluindo a adesão de todos os laboratórios.			Ministério da Saúde, OMS
Promover e alocar financiamento para adesão de todos os laboratórios de saúde à iniciativa SLIPTA para melhoria gradual da qualidade dos laboratórios e acreditação dos mesmos.			Ministério da Saúde, OMS
Atribuir um orçamento específico para o adequado funcionamento dos laboratórios.			Ministério da Saúde
Dotar os laboratórios de saúde pública de infraestruturas e equipamentos em conformidade com as normas internacionais, incluindo a gestão adequada dos resíduos laboratoriais.			Ministério da Saúde, parceiros relevantes
Aprovisionar os laboratórios de saúde pública com materiais e consumíveis de qualidade.			Ministério da Saúde
Promover a formação de recursos humanos qualificados e competentes, incluindo a utilização de equipamentos de segurança e formação em biossegurança.			Ministério da Saúde
Desenvolver um sistema de informação e documentação laboratorial (SIDLAB) que contribua para a vigilância epidemiológica e investigação em saúde pública.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 8. EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Operacionalizar o plano definido pelo COE, sem prejuízo da atividade clínica essencial.			Ministério da Saúde
Aplicar o Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária.			Ministério da Saúde
Operacionalizar equipas de reposta rápida distrital (no âmbito da saúde).			Ministério da Saúde
Operacionalizar a vigilância baseada em eventos comunitários em todos os distritos sanitários.			Ministério da Saúde
Reativar a função das Equipas de emergência distrital (coordenação multisectorial).			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 9. REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

Alargar a todos os distritos sanitários a ação das equipas de cuidados continuados.			Ministério da Saúde
Capacitar profissionais de saúde (médicos e/ou enfermeiros) para prestação de cuidados no âmbito dos cuidados continuados e paliativos e no apoio à família.			Ministério da Saúde
Criar e efetivar a rede de cuidados paliativos.			Ministério da Saúde
Normalizar a atuação dos profissionais definindo manuais de procedimentos operacionais padronizados, protocolos de atuação e relatórios de atividades.			Ministério da Saúde
Integrar o registo clínico dos doentes abrangidos pela rede de cuidados continuados e paliativos, nas plataformas digitais das unidades de saúde.			Ministério da Saúde



4.4.2. LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIA

A governação tem como principal objetivo garantir a toda a população a acessibilidade a serviços de saúde de qualidade, através do reforço das capacidades institucionais de gestão, planificação, regulação e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, e do papel de liderança do Ministério da Saúde, na integração da política e na assunção dos compromissos do país, em matéria de saúde.

EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Criação de políticas para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde
2. Reforço das capacidades institucionais, técnicas de planificação e gestão do Ministério da Saúde
3. Reforço do quadro legislativo e regulamentar do sector da saúde
4. Promoção de uma governação mais participativa do Sistema de Saúde
5. Promoção do diálogo intersectorial para ação sobre os determinantes da saúde
6. Ampliação e melhoria da acessibilidade a serviços de saúde, de qualidade
7. Implementação de mecanismos de sustentabilidade financeira dos serviços de saúde
8. Implementação de mecanismos de avaliação do desempenho organizacional

EIXO ESTRATÉGICO 1. CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Elaborar e implementar um plano de recursos humanos que permita reforçar o dimensionamento dos recursos e colmatar áreas de especialização clínica, mas também adequar as competências técnicas e comportamentais para as novas exigências na prestação dos cuidados e gestão das organizações.			Ministério da Saúde
Definir e implementar políticas no sector de saúde que resultem na melhoria dos cuidados assistenciais prestados à população.			Ministério da Saúde
Definir normas e estratégias a adotar pelo MS e pelas unidades de saúde, em termos de tecnologias, SIS, segurança dos doentes e dos profissionais e mitigação de riscos.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 2. REFORÇO DAS CAPACIDADES INSTITUCIONAIS, TÉCNICAS DE PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DO MS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Atualizar, adotar e implementar as Políticas e Planos estratégicos de saúde.			Ministério da Saúde
Reforçar mecanismos de coordenação e planificação intrasectorial do Ministério da Saúde, que permitam uma melhor execução dos planos.			Ministério da Saúde
Criar uma comissão de execução para planificação, acompanhamento, monitorização e avaliação do processo de implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde, ao longo dos 10 anos.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 3. REFORÇO DO QUADRO LEGISLATIVO E REGULAMENTAR DO SECTOR DA SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevada	
Rever, reestruturar e implementar a Lei Orgânica de Ministério da Saúde e a Lei de Base da saúde (Lei nº 9/2018).			Ministério da Saúde
Criar uma Entidade Reguladora da Saúde, com a missão de regulação da atividade das estruturas públicas e privadas prestadoras dos cuidados de saúde, integrando e uniformizando um conjunto de funções de regulação e supervisão.			Ministério da Saúde
Implementar o Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária, incluindo rever, validar e implementar o Código Sanitário Nacional.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 4. PROMOÇÃO DE UMA GOVERNAÇÃO MAIS PARTICIPATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Assegurar a plena representação e participação dos delegados distritais nas principais decisões tomadas pelo Ministério da Saúde relativamente ao sistema de saúde (estabelecer uma reunião trimestral).			Ministério da Saúde
Expandir o âmbito do CCM para outras problemáticas da saúde.			Ministério da Saúde
Promover diálogos harmonizados e alargados, para analisar e encontrar soluções para os problemas de saúde, incorporando também as forças vivas, nomeadamente, Câmaras Municipais, ASC, ONG e líderes religiosos.			MS; OMS, outros ministérios relevantes, Áreas de Saúde, Câmaras distritais, comunidades religiosas, associações profissionais, ONG, profissionais da área da educação
Promover e desenvolver ações para estabelecimento de parcerias e protocolos de cooperação com as entidades nacionais e internacionais.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 5. PROMOÇÃO DO DIÁLOGO INTERSECTORIAL PARA AÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES DA SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Assegurar que cada organismo interministerial participe, de forma ativa, nas ações conjuntas sobre determinantes da saúde.			Ministério da Saúde
Assegurar que os parceiros forneçam o apoio necessário para um sistema de saúde mais resiliente no âmbito da Cobertura Universal da Saúde.			Ministério da Saúde
Garantir a participação dos sectores privados no âmbito da sua responsabilidade social no sector da saúde.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 6. AMPLIAÇÃO E MELHORIA DA ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Reforçar os Serviços de Saúde para levar cuidados de qualidade e de proximidade à população.			Ministério da Saúde
Equilibrar e apoiar, em primeira linha, os cuidados de saúde primários, e terciários, no HAM.			Ministério da Saúde
Descentralizar os serviços de saúde, incluindo a participação das comunidades.			Ministério da Saúde
Criar uma linha de preparação para emergências.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 7. IMPLEMENTAÇÃO DE MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Definir estratégias ou mecanismos de financiamento para sustentabilidade fiscal da saúde.			Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, Instituto Nacional da Segurança Social
Criar um mecanismo e ferramentas para seguimento da implementação dos planos estratégicos nos serviços de saúde.			Ministério da Saúde
Criar um mecanismo e ferramentas para seguir a implementação de responsabilização e prestações de contas.			Ministério da Saúde
Coordenar a mobilização e utilização do financiamento externo para a saúde.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 8. IMPLEMENTAÇÃO DE MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Definir os indicadores de desempenho da atividade assistencial.			Ministério da Saúde
Monitorizar a atividade e cumprimento de indicadores.			Ministério da Saúde
Comparar índices de qualidade e desempenho entre as estruturas de saúde.			Ministério da Saúde



4.4.3. RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Os recursos humanos da saúde, uma das sete peças fundamentais do Sistema de Saúde, desempenham um papel central na garantia de acesso equitativo a serviços de saúde abrangentes, adequados, oportunos e de boa qualidade.

A disponibilidade, no local certo, e a qualidade do desempenho dos recursos humanos na saúde, são essenciais no progresso em direção à Cobertura Universal de Saúde e para cumprimento dos Objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Eixos estratégicos

1. Reforço da governança e capacidade de liderança dos Recursos Humanos da Saúde
2. Promoção da formação dos recursos humanos e melhoria do seu nível de competência
3. Disponibilidade e distribuição adequadas de profissionais de saúde

EIXO ESTRATÉGICO 1. REFORÇO DA GOVERNANÇA E CAPACIDADE DE LIDERANÇA DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Reforçar as capacidades institucionais de liderança e governação, nomeadamente da Seção de Recursos Humanos da Direção Administrativa e Financeira do Ministério da Saúde, equipas de gestão dos serviços de saúde a nível regional e distrital.			Ministério da Saúde
Reforçar as competências nas áreas de economia de saúde, gestão e planeamento, legislação, regulação e inspeção das equipas de gestão e administrativas a nível central e distrital.			Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior, OMS
Estabelecer parcerias com instituições do Ensino Superior dos países da CPLP para capacitação dos profissionais do SNS na área de gestão e liderança dos recursos humanos para a saúde.			Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior, OMS



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Rever, atualizar e implementar o plano estratégico nacional, <i>Plano de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde</i> , orçamentado e abrangente, que reflete o contexto do novo Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde e a situação macroeconómica do país.			Ministério da Saúde, OMS, Gavi Instituto de Ciências Saúde Victor Sá Machado
Adequar o investimento do país para um financiamento suficiente e sustentável do <i>Plano nacional de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde</i> .			Ministério da Saúde, Ministério das Finanças
Garantir a sustentabilidade financeira para os RHS, em colaboração com outros ministérios, parceiros e partes interessadas.			Ministério da Saúde, outros ministérios e parceiros relevantes
Promover o diálogo dos responsáveis políticos das áreas da saúde, ensino e finanças, com o sector privado, organizações não governamentais, instituições de formação, profissionais de saúde e ordens/associações profissionais, para assegurar uma contribuição otimizada por parte dos profissionais da saúde, na revisão e implementação do plano estratégico.			Ministério da Saúde Ministério do Planeamento, Finanças e Economia Azul
Planificar e modernizar os procedimentos e mecanismos de gestão do trabalho em saúde (fluxogramas de trabalho).			Ministério da Saúde
Definir de forma clara as tarefas e responsabilidades dos profissionais do SNS, em cada nível de prestação dos serviços de saúde (TDR).			Ministério da Saúde
Valorizar os profissionais de saúde através do pagamento de salários ajustados à relevância e responsabilidade da profissão.			Ministério da Saúde e Ministério do Planeamento, Finanças e Economia Azul
Criar um ambiente sociopolítico favorável à prestação dos serviços de saúde.			Governo



EIXO ESTRATÉGICO 2. PROMOÇÃO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E MELHORIA DO SEU NÍVEL DE COMPETÊNCIA			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Planear e aumentar a produção de profissionais de saúde (agentes de saúde comunitária, enfermeiros, médicos e técnicos de saúde), nas diferentes áreas de competências, de acordo com a sua relevância para as necessidades da população, de forma a melhorar a qualidade da prestação de serviços.			Ministério da Saúde
Assegurar a resposta do sector do ensino às estratégias de prestação de cuidados de saúde, incluindo a revisão e desenvolvimento dos programas curriculares, adequados ao perfil epidemiológico do país e aos principais determinantes da saúde identificados.			Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Ensino Superior. Outras instituições de ensino e investigação estrangeiras.
Reforçar a qualidade do ensino superior (designadamente pessoal docente, infraestruturas, ambiente de trabalho nos laboratórios, equipamentos e materiais didáticos) para produzir profissionais de saúde competentes.			Ministério da Educação e Ensino Superior
Reforçar protocolos de cooperação na área da formação de recursos humanos da saúde (nomeadamente para especialização médica, formação de técnicos de farmácia/farmacêuticos) com outros países, preferencialmente de expressão portuguesa, ou da Região, com definição de planos de formação intensivos, de acordo com as áreas prioritárias, e de mecanismos de garantia de retorno da força de trabalho diferenciada ao país.			Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Ensino Superior



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Introduzir e/ou reforçar o recurso à Telemedicina, a todos os níveis de prestação de serviços de saúde, para melhoria do desempenho clínico e estímulo à formação profissional contínua.			Ministério da Saúde, CST, Unitel, IMVF
Reforçar e/ou introduzir abordagens inovadoras, tais como o uso das tecnologias de informação e comunicação/ <i>e-learning</i> , na formação inicial e no desenvolvimento profissional contínuo.			Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior, IMVF

EIXO ESTRATÉGICO 3. DISPONIBILIDADE E DISTRIBUIÇÃO ADEQUADAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Planejar as necessidades e melhorar a eficácia e uso eficiente dos recursos humanos existentes, nas diferentes categorias profissionais, a serem afetados a cada unidade de saúde dos diferentes níveis de prestação de serviços e em alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde.			Ministério da Saúde
Integrar os agentes de saúde comunitária como recursos humanos da saúde para o reforço das intervenções de saúde na comunidade.			Ministério da Saúde
Promover melhores condições de trabalho, mais saudáveis e seguras (instalações físicas, disponibilização de medicamentos e consumíveis, e equipamento, incluindo ferramentas tecnológicas e acesso à internet), e maior qualidade de vida dos profissionais de saúde.			Ministério da Saúde



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Criar incentivos (ex. empréstimos à habitação, educação para as crianças, garantias de cuidados de saúde, formação contínua e seguros, entre outros) para estimular a produtividade, promover a fixação de quadros, nomeadamente nas zonas geográficas mais distantes e isoladas, e a afetação de pessoal qualificado às diversas estruturas.			Governo



4.4.4. INFRAESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E MANUTENÇÃO

O pilar de infraestruturas, equipamentos e manutenção visa, através de um conjunto de ações, a melhoria do acesso às infraestruturas e aos equipamentos funcionais de saúde, de forma a satisfazer as necessidades e requisitos dos utentes, cumprindo simultaneamente os padrões nacionais e internacionais.

Para cumprimento desses objetivos é fundamental:

- Reabilitar, requalificar e construir infraestruturas de saúde;
- Elaborar e implementar um plano de aquisição e manutenção dos equipamentos móveis e imóveis do sistema de saúde;
- Uniformizar as infraestruturas das unidades de saúde do sistema nacional de saúde.

Eixos estratégicos

1. Aumento da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos
2. Implementação do plano de aquisição e manutenção de equipamentos móveis e imóveis do sistema de saúde

EIXO ESTRATÉGICO 1. AUMENTO DA DISPONIBILIDADE DE INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Rever a carta sanitária e sua adequação ao objetivo de CUS.			Ministério da Saúde
Identificar as necessidades em termos de construção de novas infraestruturas e/ou reabilitação/requalificação das existentes (incluindo postos e centros de saúde, laboratórios), de forma a responderem às necessidades do SNS e seus utentes.			MINSA, Ministério das Finanças, Planeamento e Economia Azul, parceiros bilaterais
Definir um protótipo para cada tipo de unidade de saúde do SNS, de acordo com normas internacionais, incluindo a gestão da recolha de resíduos sólidos, saneamento, recurso a energias verdes (ex. painéis solares) e biossegurança, e o respetivo custo de construção/m ² .			Ministério da Saúde



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Elaborar o plano de aquisição de equipamentos e mobiliário de acordo com o perfil de prestação de cuidados de cada unidade de saúde e de acordo com as necessidades identificadas			MINSA, parceiros uni e bilaterais
Adquirir viaturas para o transporte de funcionários e utentes (incluindo a aquisição de uma ambulância para a RAP).			MINSA
Adquirir cadeiras de Odontologia para todos os distritos sanitários, incluindo o HAM e Hospital da RAP.			Ministério da Saúde
Adquirir painéis solares para instalação nas unidades de saúde existentes.			MINSA, Parceiros Bilaterais, Parceiros Multilaterais
Melhorar a logística de recolha de resíduos sólidos das unidades de saúde.			MINSA

EIXO ESTRATÉGICO 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AQUISIÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÓVEIS E IMÓVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Elaborar e implementar o plano de manutenção das infraestruturas e equipamentos, móveis e imóveis, de todas as unidades sanitárias com identificação de todos os equipamentos existentes e criação de um gabinete responsável pela sua manutenção.			MINSA
Rever, modernizar e uniformizar as especificações técnicas dos equipamentos em todas as unidades sanitárias.			MINSA
Implementar um plano de formação contínua para atualização das competências em manutenção dos equipamentos, em parceria com os respetivos fornecedores.			MINSA, parceiros bilaterais, parceiros multilaterais



4.4.5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de informação em saúde é essencial para o registo e integração da informação produzida no sistema nacional de saúde e, consequentemente, para apoiar a tomada de decisões e a adequação das estratégias a serem implementadas. Deve ser transversal a todos os níveis de cuidados de saúde e contribuir para a comunicação inter e intra institucional, com impacto positivo nos cuidados de saúde disponibilizados à população.

O seu desempenho depende da organização a todos os níveis do sistema de saúde, de todos os atores do sistema de saúde e da sua percepção sobre a necessidade e valor da informação em saúde. O funcionamento do SIS deve estar, por isso, em sintonia com o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Nesse contexto, entende-se como principal objetivo do pilar de sistema de informação e investigação em saúde, a captura, exploração e partilha de todos os dados relativos à saúde, num sistema de informação único, transversal e integrado.

Eixos estratégicos

1. Reforço da governança e da coordenação do SIS
2. Reforço das capacidades institucionais e operacionais do SIS
3. Expansão do processo único para todo o sistema nacional de saúde
4. Capacitação dos quadros da saúde no uso e na importância de um sistema de informação em saúde
5. Implementação da interoperabilidade entre o SIS e os diversos sistemas/subsistemas
6. Integração de todos os dados numa plataforma única

EIXO ESTRATÉGICO 1. REFORÇO DA GOVERNANÇA E DA COORDENAÇÃO DO SIS			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Desenvolver e disseminar uma estratégia nacional para o SIS, focada na coordenação e na definição dos papéis de cada interveniente no sistema.			Ministério da Saúde
Estabelecer uma <i>task force</i> multisectorial que integra as partes interessadas/parceiros chave, para seguimento do desempenho do SIS.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Desenvolver um quadro normativo para o uso do SIS a nível central e periférico (manuais de procedimento, processos de colheita de dados, análise, processamento e comunicação em todos os níveis do sistema de saúde).			Ministério da Saúde
Advogar junto do/a titular da pasta da saúde e dos parceiros do MS para o reconhecimento do DHIS2 como o sistema de informação de saúde selecionado no país.			Ministério da Saúde
Advogar junto do/a titular da pasta da saúde e dos parceiros do Ministério da Saúde para a integração do SIS no planeamento e tomada de decisões em saúde, vigilância epidemiológica e avaliação das intervenções em saúde.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 2. REFORÇO DAS CAPACIDADES INSTITUCIONAIS E OPERACIONAIS DO SIS			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Capacitar a nível nacional os técnicos do SIS para um uso mais avançado do DHIS2.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Constituir uma equipa de apoio técnico permanente ao SIS a nível nacional.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Identificar e formar pontos focais ao nível das unidades de saúde para realizarem o seguimento do SIS a nível periférico.			Ministério da Saúde
Definir mecanismos de controlo da qualidade dos dados (prontidão na introdução, completude, rigor e partilha dos dados).			
Identificar as necessidades em equipamentos/ infraestruturas para um funcionamento ótimo do SIS.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Adquirir equipamentos/ criar infraestruturas de acordo com as necessidades identificadas.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi



EIXO ESTRATÉGICO 3. EXPANSÃO DO PROCESSO ÚNICO PARA TODO O SNS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Avaliar a fase piloto da implementação do processo único no Hospital Ayres de Menezes e na Área de Saúde de Água Grande (forças, fraquezas e lições aprendidas).			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Identificar as necessidades em equipamentos para operacionalizar a expansão do processo único a todo o SNS.			Ministério Da Saúde
Adquirir equipamentos informáticos e acessórios de acordo com as necessidades identificadas.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi

EIXO ESTRATÉGICO 4. CAPACITAÇÃO DOS QUADROS DA SAÚDE NO USO E IMPORTÂNCIA DO USO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Identificar as necessidades em formação dos profissionais do SNS para uso adequado do SIS.			Ministério da Saúde (SIS, Os Programas)
Capacitar todos os profissionais identificados.			Ministério da Saúde, OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Estabelecer parcerias de formação com instituições de ensino superior nacionais e internacionais, e com parceiros internacionais.			Fundo Global, OMS, Instituições de Ensino Superior, nacionais e internacionais



EIXO ESTRATÉGICO 5. IMPLEMENTAÇÃO DA INTEROPERABILIDADE ENTRE O SIS E OS DIVERSOS SISTEMAS/SUBSISTEMAS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Identificar os subsistemas de informação existentes no país.			Ministério da Saúde
Estabelecer parcerias com outras instituições nacionais.			Ministério da Saúde
Reforçar a divulgação e a partilha das informações entre as instituições.			Ministério da Saúde
Identificar e harmonizar os indicadores e os formulários (eletrónicos e em papel) para uma colheita integrada de dados e criação de bancos de dados fáceis de usar e aceites pelos usuários.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 6. INTEGRAÇÃO DE TODOS OS DADOS NUMA PLATAFORMA ÚNICA

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Identificar todos os programas de saúde.			Ministério da Saúde
Inscrever os programas que não estão incluídos.			OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Parametrizar os programas identificados no sistema.			OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi
Alargar o uso do DHIS2 a outros sectores que impactam na saúde (ambiente, finanças, logística, agricultura, etc.).			OMS, PNUD, Fundo Global, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, Gavi



4.4.6. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O sistema de financiamento da saúde é responsável por garantir um financiamento sustentável das atividades, funções e atores necessários, de modo a garantir o acesso universal aos serviços e aos bens de saúde (promocional, preventivo, curativo, reabilitativo e paliativo), com equidade, e evitando o empobrecimento da população. O sistema de financiamento deve contribuir para uma alocação eficiente de recursos, apoiar a boa gestão do bem público, consolidar a solidariedade e a aprendizagem de valores, em integração harmoniosa com os meios e procedimentos do Orçamento Geral do Estado.

O financiamento eficaz do Sistema de Saúde pode contribuir para a Cobertura Universal de Saúde, quando:

- Assegura o financiamento de *inputs* (despesas correntes e investimentos) necessários para serviços de saúde de qualidade;
- Define as contribuições e direitos do cidadão, dos parceiros e do Estado, para pagar a saúde, tendo em conta as capacidades e necessidades de cada um (equidade) e a estratificação dos grupos-alvo e dos mais vulneráveis;
- Define as funções e a distribuição dos atores mais pertinentes tendo em conta as oportunidades sistemáticas e os atores institucionais existentes (por exemplo INSS);
- Estabelece e implementa disposições institucionais, regras de funcionamento e mecanismos de pagamento para garantir a utilização adequada dos recursos e a prestação de contas aos financiadores.

Eixos estratégicos

1. Estabelecimento de arranjos institucionais para a contribuição de todas as famílias para um fundo comum
2. Aumento da contribuição do orçamento público para a saúde
3. Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento
4. Construção de maior confiança no sistema de financiamento público
5. Dotação das instituições de saúde de maior autonomia em gestão financeira
6. Definição de pacotes de benefícios
7. Revisão dos modelos de pagamentos das formações em saúde
8. Uso de informações e realização de estudos para orientação das decisões de financiamento em saúde



EIXO ESTRATÉGICO 1. ESTABELECIMENTO DE ARRANJOS INSTITUCIONAIS PARA A CONTRIBUIÇÃO DE TODAS AS FAMÍLIAS PARA UM FUNDO COMUM

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Definir um modelo de financiamento do SNS, com salvaguarda de grupos vulneráveis			Ministério das Finanças
Avaliar o projeto piloto de apoio às famílias vulneráveis (<i>SDG project</i>), realizado no âmbito da redução do número de pessoas em dificuldade financeira			Ministério da Saúde, OMS
Apoiar a identificação dos mais vulneráveis cujo seguro de saúde será coberto pelo orçamento			Ministério das Finanças, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Família
Avaliar a viabilidade institucional e política para a criação de um seguro de saúde que garanta um pacote de cuidados básicos essenciais para todos e ofereça um ou mais pacotes complementares voluntários – identificação de possíveis taxas de contribuição (empregadores e empregados), prémios de seguro de saúde complementares e contribuição do orçamento geral do estado.			Ministério da Saúde
Desenvolver um processo político (através do diálogo nacional e com parceiros de implementação, técnicos e financeiros) para a criação do seguro de saúde.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 2. AUMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Aumentar e disponibilizar para o setor da saúde 15% do Orçamento Geral do Estado, cumprindo o estabelecido pela Declaração de Abuja em 2001.			Ministério das Finanças



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Monitorizar e melhorar os indicadores de execução do orçamento para a saúde.			Ministério da Saúde
Realizar um estudo sobre a viabilidade do orçamento público para cuidar dos mais vulneráveis.			Ministério da Saúde
Realizar um estudo de viabilidade institucional para avaliar a capacidade de aumentar a alocação de fundos para entidades que desempenham atividades na área social e saúde (por exemplo, a segurança social).			Ministério da Saúde
Garantir o investimento público nas infraestruturas de saúde.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 3. MOBILIZAÇÃO DO APOIO EXTERNO PARA APOIAR O ESTABELECIMENTO DE UM SISTEMA DE FINANCIAMENTO			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Realizar um estudo para avaliar a viabilidade de alocação de partes dos fundos recebidos através do apoio internacional, ao seguro de saúde, por exemplo para o atendimento dos mais vulneráveis.			Ministério da Saúde
Identificar outros apoios, no domínio do financiamento, que possam ser prestados por parceiros técnicos e financeiros.			Ministério da Saúde
Realizar estudos para a manutenção da viabilidade financeira decorrente da transição de São Tomé e Príncipe a país de médio desenvolvimento.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 4. CONSTRUÇÃO DE MAIOR CONFIANÇA NO SISTEMA DE FINANCIAMENTO PÚBLICO

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Conceber ferramentas padronizadas de gestão de recursos e escrever um manual de gestão de recursos.			Ministério da Saúde
Formar os gestores das unidades de saúde em gestão de saúde			Ministério da Saúde
Dotar os departamentos de contabilidade das unidades sanitárias de um sistema de gestão informatizado.			Ministério da Saúde
Implementar mecanismos de auditoria externa regular em todas as instituições do sistema de saúde.			Ministério da Saúde
Publicitar os relatórios e balanços financeiros das instituições de saúde (relatório anual ou apresentação de dados em conferência anual).			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 5. DOTAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE MAIOR AUTONOMIA EM GESTÃO FINANCEIRA

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Agilizar o circuito de realização de despesas pelas unidades de saúde, no âmbito da recuperação de custos.			Ministério da Saúde
Profissionalizar a função de administrador distrital de saúde (necessidade de certificado em gestão ou diploma equivalente).			Ministério da Saúde
Estabelecer um concelho de administração para as instituições que possuem autonomia (FNM, CNE, HAM, etc.) e comissões de gestão nos distritos sanitários, com termos de referência, indicadores financeiros e resultados a alcançar.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 6. DEFINIÇÃO DE PACOTES DE BENEFÍCIOS

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Avaliar o processo de disponibilização de um pacote de serviços de saúde essenciais do projeto famílias vulneráveis, como possível piloto para a implementação de um sistema de assistência a essa população.			Ministério da Saúde
Realizar um estudo para definir um pacote universal de cuidados e identificar outras intervenções que poderão estar asseguradas por um seguro complementar.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 7. REVISÃO DOS MODELOS DE PAGAMENTOS DAS FORMAÇÕES EM SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Introduzir um novo método de pagamento para os Centros de Saúde (incluindo a sua digitalização), como parte da gestão do sistema de assistência aos mais vulneráveis.			Ministério da Saúde
Realizar um estudo para avaliar a viabilidade de uma reforma do sistema de financiamento do Hospital Central.			Ministério da Saúde

EIXO ESTRATÉGICO 8. USO DE INFORMAÇÕES E REALIZAÇÃO DE ESTUDOS PARA ORIENTAÇÃO DAS DECISÕES DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Producir e publicar regularmente as contas nacionais da saúde.			
Implementar estudos de investigação para orientar as decisões estratégicas no financiamento da saúde.			



4.4.7. MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

A disponibilidade e facilidade de acesso a medicamentos e outras tecnologias de saúde determina a capacidade de resposta dos sistemas de saúde para a prestação de cuidados de saúde essenciais e de qualidade, nos diferentes níveis de intervenção do SNS. Um sistema sólido de compra, abastecimento e promoção do uso seguro de medicamentos e outras tecnologias de saúde é um elemento crítico para o país atingir a CUS.

Eixos estratégicos

1. Garantir o acesso e a disponibilidade de medicamentos, vacinas, reagentes e de outros produtos de saúde
2. Garantir um sistema de planificação, gestão e aprovisionamento eficiente de medicamentos e outras tecnologias de saúde
3. Assegurar a regulamentação e fiscalização dos medicamentos e de outras tecnologias de saúde
4. Estabelecer parcerias com outros países da subregião
5. Combater as emergências de saúde pública

EIXO ESTRATÉGICO 1. GARANTIR O ACESSO E A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS, VACINAS, REAGENTES E DE OUTROS PRODUTOS DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Criar e tornar funcional o Comité Nacional de Quantificação de medicamentos, tecnologias e outros produtos de saúde.			Ministério da Saúde
Reforçar a rúbrica do OGE para aquisição de medicamentos, vacinas, reagentes, tecnologias e outros produtos de saúde			Ministério da Saúde
Definir e disseminar a lista de medicamentos essenciais para o SNS, com base em evidências.			Ministério da Saúde, OMS
Implementar um sistema de gestão do <i>stock</i> , a nível central e distrital, em rede.			Ministério da Saúde, OMS
Implementar um sistema de farmacovigilância e uso seguro de medicamentos e vacinas.			Ministério da Saúde, OMS



INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Dotar o país de mais quadros superiores em farmácia e/ou ciências farmacêuticas e distribuí-los equitativamente pelos diferentes níveis de prestação de cuidados.			Ministério da Saúde
Criar mecanismos para garantir a implementação de um sistema de gestão de controlo de qualidade, dos medicamentos e de outros produtos de saúde.			Ministério da Saúde
Definir regulamentos para compra, doação e eliminação dos equipamentos.			Ministério da Saúde
Reforço dos serviços laboratoriais nos distritos e a nível central com capacitação de técnicos, definição dos serviços essenciais e aquisição de mais equipamentos.			Ministério da Saúde, OMS, IMVF, outros parceiros estratégicos
Implementar postos para doação de sangue em todos os distritos e reforçar o serviço de Banco de Sangue do HAM (capacitação, aquisição de equipamentos e materiais).			Ministério da Saúde, outros parceiros estratégicos

EIXO ESTRATÉGICO 2. GARANTIR UM SISTEMA DE PLANIFICAÇÃO, GESTÃO E APROVISIONAMENTO EFICIENTE DE MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE			
INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Dinamizar encontros periódicos do CNQ (trimestral) para análise de stock, planificação e aquisições.			Ministério da Saúde
Restruturar o FNM para responder as necessidades atuais (rever o seu decreto-lei) e construção de raiz de um armazém central de referência para medicamentos e outros produtos do SNS.			Ministério da Saúde
Capacitar os profissionais (ao nível central e periférico) em matéria de gestão de stock.			Ministério da Saúde



EIXO ESTRATÉGICO 3. ASSEGURAR A REGULAMENTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E DE OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Aprovar a proposta de lei que cria a Autoridade Reguladora de Farmácia, medicamentos, tecnologias e outros produtos de saúde (ARFAMED).			Governo
Dotar o ARFAMED de meios logísticos necessários à realização das suas tarefas.			Ministério da Saúde
Aprovar e adotar a Política e Plano estratégico Nacionais dos sectores de tecnologia da saúde incluindo a Política Nacional do Laboratório de Saúde.			Governo
Criar e adotar novas propostas de leis e regulamentos prioritários para o sector farmacêutico, tais como, regime jurídico dos preços de medicamentos, lei e regulamento para realização dos ensaios clínicos.			Governo
Criar e Implementar proposta de leis para autorização de abertura, funcionamento e encerramento de serviços tecnológicos com enfase para áreas de apoio aos diagnósticos.	Yellow		Governo
Definir normas para estratificação dos laboratórios por nível e disponibilizar equipamentos, reagentes e consumíveis adequados.			Ministério da Saúde
Criar e ou requalificar infraestruturas existentes no país para implementar laboratórios de saúde pública.			Ministério da Saúde
Aprovar as propostas de leis, como Autorização de introdução no Mercado (AIM), Regime jurídico das Farmácias e pontos de venda.			Governo



EIXO ESTRATÉGICO 4. ESTABELECER PARCERIAS COM OUTROS PAÍSES DA SUBREGIÃO

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Promover a compra agrupada de medicamentos e de outros produtos de saúde.			Ministério da Saúde, OMS
Estabelecer protocolos para o controlo de qualidade de medicamento e de outros produtos de saúde.			Ministério da Saúde, OMS

EIXO ESTRATÉGICO 5. COMBATE AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	NÍVEL DE PRIORIDADE		PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO
	Normal	Elevado	
Prever a aquisição de um <i>stock</i> de reserva de medicamentos, vacinas e de outros produtos de saúde em situações de emergência.			Ministério da Saúde
Criar mecanismos de colaboração com outros países da região para a aquisição ou doação de medicamentos e outros produtos de saúde em situações de emergências.			Ministério da Saúde



4.5. ALINHAMENTO COM OS OBJETIVOS

Os objetivos elencados na PNS, a serem alcançados ao longo do processo de implementação do PNDS, focam-se na melhoria dos indicadores da saúde materna e infantil, com redução da morbimortalidade associada a estes grupos específicos, na diminuição da morbimortalidade secundária às doenças transmissíveis e não transmissíveis, e na progressão em direção à CUS. O impacto transversal das intervenções prioritárias planeadas para todos os grupos populacionais, através de programas de saúde organizados e medidas específicas direcionadas para os grupos mais vulneráveis, do investimento na melhoria das infraestruturas sanitárias, das condições de trabalho dos profissionais de saúde, da disponibilidade de medicamentos e insumos, entre outros, reflete o alinhamento com os objetivos e contribuirá decisivamente para a melhoria da qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde disponibilizados à população.

Este PNDS enfatiza a necessidade de intervenções para o reforço dos cuidados de saúde primários, para a prevenção da doença e para a promoção do bem-estar global da população são-tomense. Estas intervenções requerem, por sua vez, a definição e implementação de políticas e ações de enfoque multisectorial, que fomentem o compromisso de toda a sociedade.



V. FINANCIAMENTO DO PNDS



V. FINANCIAMENTO DO PNDS

5.1. PLANO DE FINANCIAMENTO

A estruturação de um plano de financiamento permite definir os custos operacionais das diferentes atividades a serem implementadas, permitindo antecipar o financiamento necessário e as dificuldades que podem surgir. Este plano é essencial para o arranque do processo de implementação do PNDS e para a sua completa execução.

O plano de financiamento deste PNDS contempla diferentes fases:

- Orçamentação, de todas as atividades propostas, pela equipa da Direção Administrativa e Financeira do Ministério da Saúde, com recurso a uma ferramenta testada e reconhecida;
- Revisão e validação do orçamento pelas autoridades governamentais;
- Apresentação do orçamento aos diferentes parceiros do Governo/Ministério da Saúde;
- Definição das contribuições do Governo, e parceiros, para a operacionalização do PNDS;
- Definição dos circuitos de alocação das doações, dos indicadores de execução e de cumprimento das metas estipuladas;
- Nomeação de uma equipa de monitorização e avaliação da execução do plano de financiamento proposto.

O orçamento do PNDS será difundido e discutido em mesa-redonda com os parceiros do Ministério da Saúde, nomeadamente com a Organização Mundial da Saúde, Gavi, Fundo Global, PNUD, FNUAP e a UNICEF. O Governo, não obstante o apoio dos parceiros, deve contemplar no seu OGE financiamento suficiente para suportar a implementação do PNDS, uma vez que assume a responsabilidade constitucional de assegurar os princípios da equidade e justiça social na disponibilização dos serviços de saúde a toda a população são-tomense.

5.2. MÉTODOS DE GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS MOBILIZADOS

O Ministério de Saúde de São Tomé e Príncipe, pratica dois modelos diferentes de gestão e administração dos recursos financeiros. Alguns departamentos e/ou instituições possuem autonomia financeira e outros necessitam de autorização superior, pelo Ministro da tutela, validação pelo DAF e autorização suplementar pelo Departamento do Tesouro. Em ambas as situações existem circuitos e procedimentos estabelecidos, que são executados pelas estruturas de gestão/administração dos diferentes departamentos e/ou instituições. Existe também, ao nível do Ministério da Saúde, o Gabinete Técnico de Cooperação e Coordenação de Parcerias e a Célula de Gestão das Subvenções, que têm a responsabilidade da gestão das doações efetuadas pelos diferentes parceiros, seguindo normas de aplicação e monitorização dos recursos bem definidos.



As estruturas de gestão e administração do Ministério da Saúde devem, de forma organizada, e de acordo com orientações pré-definidas, realizar a gestão dos recursos financeiros mobilizados. A monitorização do nível de execução, feita em função de valores alvos e indicadores definidos no ponto 7.2 e 7.3 deste PNDS, é competência da Comissão de Execução, previamente identificada. Devem igualmente serem produzidos com regularidade os relatórios e balanços financeiros para adequação da alocação dos recursos mobilizados, de acordo com o nível de prioridade definido para as intervenções, ao longo do processo de implementação do PNDS.



VI. QUADRO E PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO



VI. QUADRO E PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

6.1. QUADRO INSTITUCIONAL PARA OS MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO

O mecanismo institucional para implementação e coordenação do PNDS 2023-2032 é uma comissão formal, Comissão de Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (abreviadamente designada por CE), integrada pelas instituições que têm competências, ao nível dos diferentes ministérios (Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e Ministério da Solidariedade Social), em matéria de orientação, monitorização e avaliação das atividades executadas pelo Ministério da Saúde.

A Comissão de Execução é composta por peritos de cada um dos pilares fundamentais do Sistema Nacional de Saúde: Liderança, Governação e Parceria, Recursos Humanos da Saúde, Infraestruturas, equipamentos e manutenção, Sistema de Informação e Investigação em Saúde, Financiamento da Saúde, Medicamentos e outras Tecnologias de Saúde, e Serviços e Prestação de cuidados de Saúde.

Mais do que definir uma Comissão de Execução do PNDS, trata-se de constituir um verdadeiro mecanismo técnico que garante a assunção dos compromissos estabelecidos no quadro, tanto da política, como do PNDS, alinhados com o programa do Governo e com as Grandes Opções do Plano.

6.2. PROCESSO ANUAL DE PLANEAMENTO OPERACIONAL

O plano de trabalho da CE tem como finalidade:

1. Planificar e assegurar a execução integral das intervenções previstas no PNDS, de acordo com a priorização e calendarização definida para o período de 10 anos de vigência do PNDS, e dos demais Planos Estratégicos e Programas do Serviço Nacional de Saúde;
2. Definir o plano para a mobilização dos recursos e parceiros necessários à concretização das intervenções programadas;
3. Definir o calendário das reuniões técnicas para avaliação da evolução da implementação do PNDS (recomendação: 1^a avaliação no início de 2025 – 2 anos de vigência do PNDS; 2^a avaliação no início de 2028 – 5 anos de vigência do PNDS; 3^a avaliação no início de 2031 – 8 anos de vigência do PNDS e avaliação final em 2033, após o final do período de vigência do PNDS);
4. Proporcionar informação (indicadores de implementação) que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos fixados, ou a outras medidas estimadas;
5. Produzir um Relatório de Evolução após cada momento de avaliação da implementação



do PNDS, que reflete o grau de consecução das metas previstas no PNDS, valores dos indicadores chave e tendência evolutiva, o planeamento dos reajustes financeiros e administrativos, quando necessários, e recomendações para a melhoria do processo de implementação do PNDS;

6. Comunicar a informação produzida, de forma oportuna, de modo a assegurar e reforçar o compromisso dos parceiros envolvidos na melhoria do estado de saúde da população; deve ser dirigida também às unidades e profissionais de saúde, à sociedade civil e ao poder local.

A meio do período de vigência do PNDS será feita uma avaliação com base na análise das metas definidas, e expressas por indicadores, e refletida a necessidade de inclusão de novas intervenções prioritárias ou ajuste no plano de implementação. Esta avaliação deverá ser participativa e incluir os parceiros do Ministério da Saúde.

6.3. ÓRGÃOS DE MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

A planificação, monitorização e avaliação da implementação do PNDS é da responsabilidade da Comissão de Execução (CE) e será efetuada ao longo de todo o período de vigência do PNDS, 2023 – 2032.

A CE tem as seguintes atribuições:

- Promover o intercâmbio de intervenções no procedimento e na execução das atividades adstritas aos diferentes pilares;
- Planear e assegurar a execução integral das atividades previstas no PNDS, de acordo com a priorização definida, e dos demais Planos Estratégicos e Programas do Serviço Nacional de Saúde;
- Fazer o seguimento e avaliação da gestão pelo Ministério da Saúde dos financiamentos dos parceiros colocados à disposição dos programas.

6.4. CALENDÁRIO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES

As intervenções prioritárias, correspondentes aos eixos estratégicos de cada pilar do Sistema Nacional de Saúde, foram estratificados de acordo com o nível de prioridade para o início da sua implementação (ponto 4.3) em: **elevado** - até 2 anos e **normal** - até 5 anos. Conforme referido no ponto 6.2., o progresso da implementação do PNDS, e das respetivas intervenções prioritárias, será revisto aos 5 anos de vigência do PNDS (2^a avaliação).



VII. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO



VII. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

7.1. ATIVIDADES PRIORITÁRIAS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE
Normalizar e implementar as intervenções em saúde pela definição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (fomentar a cultura de seguimento de protocolos), nomeadamente para a abordagem das doenças não transmissíveis, para melhorar a eficácia clínica, os resultados em saúde e a segurança para os doentes.
Definir indicadores e metas, por unidade de saúde, para avaliação da qualidade do desempenho da prestação de cuidados.
Desenvolver um Plano Nacional de Educação para melhoria do nível de literacia em saúde, baseado na avaliação dos resultados do estudo nacional de literacia em saúde, para promover uma maior capacidade e responsabilização do indivíduo na gestão da sua própria saúde e na utilização mais eficaz dos recursos de saúde.
Avaliar a necessidade de reforço do sistema de saúde, em número e tipo de unidades de saúde, para garantir a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde a todos os cidadãos.
Normalizar a atuação dos profissionais definindo manuais de procedimentos operacionais padronizados, protocolos de atuação e relatórios de atividades.
LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIAS
Criar uma comissão de execução do PNDS para planificação, acompanhamento, monitorização e avaliação da implementação, ao longo dos seus 10 anos de vigência.
Criar uma Entidade Reguladora da Saúde com a missão de regulação da atividade das estruturas públicas e privadas prestadoras dos cuidados de saúde, integrando e uniformizando um conjunto de funções de regulação e supervisão.
Criar um mecanismo e ferramentas para seguimento da implementação dos planos estratégicos nos serviços de saúde.
Criar um mecanismo e ferramentas para seguir a implementação de responsabilização e prestações de contas.
Monitorizar a atividade e cumprimento de indicadores.
RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE
Definir de forma clara as tarefas e responsabilidades dos profissionais do SNS, em cada nível de prestação dos serviços de saúde (TDR).
INFRAESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E MANUTENÇÃO
Rever a carta sanitária e sua adequação ao objetivo de CUS.
Elaborar e implementar o plano de manutenção dos equipamentos de todas as unidades sanitárias com identificação de todos os equipamentos existentes e criação de um gabinete responsável pela sua manutenção.
Rever, modernizar e uniformizar as especificações técnicas dos equipamentos em todas as unidades sanitárias.



SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE	
Definir mecanismos de controlo da qualidade dos dados (prontidão na introdução, completude, rigor e partilha dos dados).	
Avaliar a fase piloto da implementação do processo único no Hospital Ayres de Menezes e na Área de Saúde de Água Grande (forças, fraquezas e lições aprendidas).	
Identificar as necessidades em equipamentos para operacionalizar a expansão do processo único a todo o SNS.	
FINANCIAMENTO DA SAÚDE	
Avaliar o projeto piloto de apoio às famílias vulneráveis (<i>SDG project</i>), realizado no âmbito da redução do número de pessoas em dificuldade financeira.	
Avaliar a viabilidade institucional e política para a criação de um seguro de saúde que garanta um pacote de cuidados básicos essenciais para todos e ofereça um ou mais pacotes complementares voluntários – identificação de possíveis taxas de contribuição (empregadores e empregados), prémios de seguro de saúde complementares e contribuição do orçamento geral do estado.	
Monitorizar e melhorar os indicadores de execução do orçamento em saúde.	
Realizar um estudo de viabilidade institucional para avaliar a capacidade de aumentar a alocação de fundos para entidades que desempenham atividades na área social e saúde (por exemplo, a segurança social).	
Implementar mecanismos de auditoria externa regular em todas as instituições do sistema de saúde.	
Publicitar os relatórios e balanços financeiros das instituições de saúde (relatório anual ou apresentação de dados em conferência anual).	
Avaliar o processo de disponibilização de um pacote de serviços de saúde essenciais do projeto famílias vulneráveis, como possível piloto para a implementação de um sistema de assistência a essa população.	
Producir e publicar regularmente as contas nacionais da saúde.	
MEDICAMENTOS, VACINAS E OUTROS PRODUTOS DE SAÚDE	
Criar e tornar funcional o Comité Nacional de Quantificação de medicamentos, tecnologias e produtos de saúde.	
Implementar um sistema de gestão do stock, a nível central e distrital, em rede.	
Criar mecanismos para garantir a implementação de um sistema de gestão de controlo de qualidade, dos medicamentos e de outros produtos de saúde.	

7.2. MONITORIZAÇÃO DOS VALORES ALVO

No capítulo IV foram definidos os objetivos específicos que se pretendem alcançar com a implementação das intervenções prioritárias. Para o efeito devem estar definidos os indicadores de monitorização de consecução das metas, bem como as fontes de informação para verificação dos mesmos.



OBJETIVO DEFINIDO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Até 2030, a mortalidade neonatal e infantil será mantida em 8% e 16%, respetivamente.	Taxa de mortalidade neonatal anual. Taxa de mortalidade infantil anual.	Registo de óbitos, neonatal e infantil, no registo civil. Livros de registo das unidades sanitárias. Anuário Estatístico. UNICEF.
Até 2030, a taxa de mortalidade materna será reduzida para menos de 70 mortes maternas por 100.000 nados vivos.	Taxa de mortalidade materna anual.	Registo de óbitos maternos no registo civil. Livros de registo das unidades sanitárias. Anuário Estatístico da Saúde. UNICEF
Até 2030, as taxas de mortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis serão reduzidas em 50% em relação aos valores nos anos 2020-2021	Taxa de mortalidade anual por HIV. Taxa de mortalidade anual por TB. Taxa de mortalidade anual por paludismo. Taxa de mortalidade anual por HTA ou consequência direta. Taxa de mortalidade anual por diabetes ou consequência direta.	Registo de óbitos, por patologia, no registo civil. Livros de registo das unidades sanitárias. Anuário Estatístico da Saúde. Relatórios estatísticos dos programas de saúde.
Até 2030, alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção dos riscos financeiros, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes e de qualidade, de forma sustentável, para 50% da população.	Taxa de cobertura dos serviços essenciais de saúde. Percentagem de população com gastos catastróficos em saúde.	Relatórios estatísticos das unidades de saúde. Anuário Estatístico da Saúde. OMS

7.3. MONITORIZAÇÃO DOS INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

A monitorização da implementação do PNDS está diretamente relacionada com a taxa de execução das intervenções prioritárias definidas previamente para cada eixo estratégico. Na tabela que se segue encontram-se definidos, por pilar, os eixos estratégicos, os seus



indicadores de monitorização da sua implementação e a fonte dos dados para obtenção da informação necessária.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		
EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Cuidados de Saúde (cuidados primários e intervenção a nível comunitário, secundários, e terciários)	Carta dos deveres e direitos dos utentes dos serviços de saúde elaborada e divulgada.	Direção dos Cuidados de Saúde (DCS)
	Nº de mecanismos de apoio ao utente criados e em funcionamento.	Áreas de Saúde (AS)
	Nº de unidades de saúde com acesso a meios complementares de diagnóstico mínimos.	DCS
	Nº de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas criadas.	AS
	Nº de rastreios implementados e em funcionamento ao nível nacional.	DCS
	Registo oncológico nacional criado e operacionalizado.	Programa DNT
	Nº de indicadores e metas definidas para a avaliação da qualidade do desempenho prestado nas unidades de saúde.	DCS, AS
	Perfil socioeconómico, epidemiológico, demográfico e antropológico traçado e publicado.	DCS
	Relatório dos determinantes de saúde específicos de cada comunidade, elaborado e divulgado.	DCS
	Rede de elementos que realizam tratamentos tradicionais identificada.	DCS
	Plano de integração de rede de cuidados móveis elaborado e operacionalizado.	DCS, DF
	Nº de Centros de Saúde com consulta de especialidade implementada.	DCS, AS
	Nº de protocolos com outros países para evacuação de doentes elaborados e em vigor.	DCS, Gabinete de Cooperação
	Serviço de anatomia patológica implementado e em funcionamento no Hospital Central.	HAM



PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Literacia em Saúde	Estudo de avaliação do nível de iliteracia para a saúde em STP realizado.	CNES, OMS
	Plano Nacional de Educação em saúde elaborado.	CNES
Rede de unidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde	Plano de definição dos serviços de saúde a serem prestados em cada nível de prestação de cuidados de saúde, elaborado e em vigor.	DCS
	Mapeamento da distribuição dos recursos e das unidades prestadoras de cuidados realizado.	DAF
	Relatório da avaliação das necessidades do reforço do sistema de saúde elaborado e validado.	RSS
Transferência de doentes entre unidades prestadoras de cuidados	Sistema em rede, apoiado no SIS, para a referenciação dos doentes ao Hospital Central, criado e operacionalizado.	SIS
	Nº de protocolos de referenciação atualizados e revistos.	AS
	Regulamento do transporte de doentes urgentes entre as unidades de saúde elaborado.	DCS
	Projeto de implementação do Sistema de Emergência pré-hospitalar operacionalizado	Programa DNT
Saúde digital em todos os níveis de cuidados	Processo clínico único criado e operacionalizado.	SIS
	Nº de unidades de saúde com registo clínico implementado através do serviço informatizado.	SIS
	Nº de Unidades de Saúde com serviço de telemedicina regulamentado e operacionalizado.	SIS
Cuidados de Saúde disponibilizados	Regulamento da definição dos cuidados de saúde a serem prestados em cada nível de cuidados elaborado e validado.	DCS
	Nº de programas de saúde com as intervenções definidas.	DCS
Rede de Laboratórios de Saúde Pública	Direção de Laboratórios de Saúde Pública criada e em funcionamento.	LNR
	Nº de laboratórios de saúde pública com normas e regulamentos disponíveis.	Laboratórios das AS
	Sistema nacional de gestão da qualidade de laboratórios desenvolvido e implementado.	LNR



PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Rede de Laboratórios de Saúde Pública	Nº de laboratórios de saúde com adesão à iniciativa SLIPTA.	DCS
	Nº de laboratórios de saúde pública com orçamento definido e financiamento alocado.	Laboratórios das AS
	Nº de laboratórios de saúde pública com infraestruturas e equipamentos em conformidade com as normas internacionais.	Laboratórios das AS
	Nº de laboratórios de saúde pública com a lista de materiais e consumíveis de qualidade e em stock.	Laboratórios das AS
	Nº de recursos humanos laboratoriais formados.	DAF
	Sistema de informação e documentação laboratorial (SIDLAB) desenvolvido e implementado.	SIS
Emergências de Saúde Pública	Plano Nacional de Emergência elaborado e operacionalizado.	COE
	Nº de intervenções implementadas no âmbito do PANSS.	DVE
	Nº de equipas de resposta rápida distritais operacionalizadas.	AS, DVE
	Nº de Distritos com vigilância baseada em eventos operacionalizada.	AS
	Nº de encontros realizados pelas equipas de emergência distrital.	AS
Rede de cuidados continuados e paliativos	Nº de Áreas de Saúde com serviço de cuidados continuados operacionalizados.	AS
	Nº de profissionais de saúde capacitados na prestação de cuidados continuados e paliativos.	AS
	Rede nacional de cuidados paliativos criada e em funcionamento.	DCS
	Nº de manuais de procedimentos e protocolos operacionais padronizados elaborados e validados.	DCS, AS
	Nº de unidades de saúde com registo clínico dos cuidados continuados e paliativos integrados nos sistemas informáticos.	SIS, AS



LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIA

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Reforço do Sistema Nacional de Saúde	Nº de normas/políticas definidas e adotadas pelo Ministério da Saúde para o funcionamento dos serviços.	DCS
	Plano de recursos humanos para o reforço do sistema de saúde elaborado e implementado.	DAF
	Nº de normas e estratégias adotadas pelo MS e pelas unidades de saúde em termos de tecnologias, SIS, segurança dos pacientes e dos profissionais.	SIS, DCS
Reforço do quadro legislativo e regulamentar do sector da saúde	Nº de políticas e planos estratégicos atualizados, adotados e implementados pelo MS.	DAF
	Nº de estratégias de coordenação e planificação intrasectoriais elaboradas e implementadas.	DCS, CCM
	Comissão de acompanhamento e monitorização da implementação do PNDS criada e em funcionamento.	RSS
Criação de mecanismos para aplicação das Leis de Serviços da Saúde	Lei Orgânica do Ministério da Saúde revista, reajustada e implementada.	MS
	Entidade reguladora da saúde criada e operacionalizada.	DCS
	Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária (PANSS) elaborado e implementado.	DCS
	Código sanitário nacional revisto, validado e operacionalizado.	DCS
Promoção de uma governação mais participativa do Sistema de Saúde	Nº de reuniões trimestrais realizadas com pelo Ministério da Saúde, com a presença dos Delegados de Saúde.	MS
	Nº de problemáticas de saúde geridas pelo CCM.	CCM
	Nº de encontros realizados com os parceiros e autoridades locais.	MS
	Nº de protocolos de cooperação assinados com entidades nacionais e internacionais.	Gabinete de Cooperação



LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIA

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Promoção do diálogo intersectorial para ação sobre os determinantes da saúde	Nº de colaborações realizadas no âmbito das ações conjuntas sobre determinantes de saúde.	CCM, RSS
	Nº de doações realizadas para ações no âmbito da cobertura universal de saúde.	CCM, RSS
	Nº de colaborações elaboradas entre o setor privado e o setor da saúde.	Gabinete de Cooperação, DCS
Ampliação e melhoria da acessibilidade a serviços de saúde de qualidade	Nº de unidades de saúde com serviços de proximidade disponibilizados.	AS
	Nº de ações destinadas aos cuidados primários e terciários ao nível nacional.	DCS
	Nº de serviços de saúde descentralizados, com a participação das comunidades.	AS
	Linha de preparação para as emergências criada e em funcionamento.	COE
Criação de mecanismos de sustentabilidade financeira dos serviços de saúde	Plano estratégico de sustentabilidade financeira nos serviços de saúde criado e operacionalizado.	DAF, MS
	Mecanismo de seguimento da implementação dos planos estratégicos criado e operacionalizado.	DAF, RSS
	Mecanismo para seguimento da responsabilização e prestação de contas implementado.	DAF
	Nº de alocações financeiras realizadas ao setor da saúde, provenientes de financiamento externo.	DAF, CCM, RSS
Criação de mecanismos de avaliação do desempenho organizacional	Nº de indicadores de desempenho para a atividade assistencial definidos.	DCS
	Nº de unidades de saúde com o cumprimento dos indicadores de saúde definidos.	AS
	Nº de reuniões realizadas para comparação dos índices de desempenho entre as estruturas de saúde.	DCS, AS



RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Reforço da governança e capacidade de liderança dos Recursos Humanos da Saúde	Nº de profissionais de saúde da DAF capacitados em liderança e governação.	DAF
	Nº de profissionais de saúde dos níveis central e distrital, capacitados em economia da saúde, gestão, planeamento, legislação, regulação e inspeção em saúde.	DAF
	Nº de parcerias estabelecidas com instituições de ensino superior dos países da CPLP para a capacitação dos recursos humanos em saúde.	Gabinete da Cooperação
	Plano de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde revisto, atualizado e implementado.	DAF
	Nível de execução orçamental do Plano de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde.	DAF
	% do orçamento do estado aplicado de forma sustentável ao desenvolvimento dos RHS.	DAF
	Nº de discussões públicas realizadas sobre a implementação do plano estratégico de desenvolvimento dos RHS.	DAF
	Nº de fluxogramas de trabalho elaborados e implementados.	DAF
	Nº de TDR para os profissionais de saúde elaborados e validados.	DAF
	Nº de profissionais de saúde que considera auferir um salário justo e satisfatório.	MS
Promoção da formação dos recursos humanos para a saúde e melhoria do seu nível de competência	Nº de profissionais de saúde alocados de acordo com as suas competências em detrimento das suas relações políticas.	DAF
	Nº de profissionais de saúde recém-formados integrados no Ministério da Saúde.	DAF
	Nº de programas curriculares do setor de ensino, ajustados às estratégias de prestação de cuidados de saúde.	Instituições de ensino



RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Promoção da formação dos recursos humanos para a saúde e melhoria do seu nível de competência	Nº de infraestruturas de ensino superior que implementaram medidas de reforço da qualidade de ensino.	Instituições de ensino
	Nº de protocolos de cooperação assinados com outros países para a formação e capacitação de quadros de saúde.	Gabinete de Cooperação
	Nº de unidades prestadoras de cuidados de saúde com recurso à telemedicina para efeitos formativos.	SIS
	Nº de Unidades de Saúde com plataformas e-learning desenvolvidas e implementadas.	AS
Disponibilidade e distribuição, em número suficiente, de profissionais de saúde	Nº de Agentes de Saúde Comunitários integrados como recursos humanos da saúde.	DAF
	Nº de estruturas de saúde com condições de trabalhos seguras, dignas e de qualidade.	DAF
	Nº de incentivos para os profissionais de saúde criados e operacionalizados.	DAF

INFRAESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E MANUTENÇÃO

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Aumento da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos	Carta sanitária revista e adequada ao objetivo da CUS.	MS
	Relatório de necessidades em termos de construção e reabilitação das infraestruturas de saúde elaborado e validado.	DAF (património)
	Protótipo para cada unidade de saúde do sistema nacional de saúde elaborado de acordo com as normas internacionais.	DAF
	Plano de aquisição de equipamentos elaborado.	DAF



INFRAESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E MANUTENÇÃO

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Aumento da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos	Nº de viaturas adquiridas para o serviço nacional de saúde.	DAF
	Nº de unidades de saúde com painéis solares instalados.	AS
	Círculo de recolha de resíduos sólidos das unidades de saúde de forma regular, criado e operacionalizado.	DCS
Implementação do plano de aquisição e manutenção dos equipamentos móveis e imóveis do sistema de saúde	Plano de manutenção de equipamentos elaborado.	Seção do património do MS
	Gabinete responsável pela manutenção dos equipamentos adquiridos criado e em funcionamento.	DAF
	Plano de revisão, modernização e uniformização das especificações técnicas dos equipamentos elaborado.	DAF
	Nº de profissionais de saúde formados em manutenção dos equipamentos do sistema nacional de saúde.	Seção RH do MS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Reforço da governança e da coordenação do SIS	Estratégia nacional para o SIS, focada na coordenação e definição dos papéis de cada interveniente elaborada e disseminada.	SIS
	<i>Task force</i> multisectorial para o seguimento do desempenho do SIS estabelecido e operacionalizada.	SIS
	Quadro normativo para o uso do SIS nos níveis central e periférico desenvolvido.	SIS
	DHIS2 reconhecido como o sistema de informação de saúde selecionado no país.	SIS



SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Reforço da governança e da coordenação do SIS	Nº de reuniões para o planeamento e tomada de decisões em saúde com a participação do SIS.	SIS
Reforço das capacidades institucionais e operacionais do SIS	Nº de profissionais de saúde capacitados no DHIS2.	DAF, SIS
	Equipa de apoio técnico permanente ao nível do SIS constituída.	SIS
	Nº de unidades de saúde com pontos focais de acompanhamento do SIS no nível periférico, designados.	SIS
	Mecanismo de controlo da qualidade de dados definido e implementado.	SIS
	Relatório de necessidades de equipamentos e infraestruturas para um correto funcionamento do SIS, elaborado e validado.	SIS
	Nº de unidades de saúde com equipamentos adequados para o funcionamento do DHIS2.	SIS, AS
Expansão do processo único em todo o sistema nacional de saúde	Relatório de avaliação da fase piloto de implementação do processo único no HAM e na ASAG elaborado e divulgado.	SIS, AS
	Relatório de necessidades em equipamentos para operacionalização da expansão do processo único a todo o SNS elaborado e validado.	SIS
	Nº de equipamentos informáticos adquiridos com base nas necessidades verificadas.	SIS
Capacitação dos quadros da saúde no uso e na importância de um sistema de informação SIS	Relatório de necessidades formativas nos profissionais de saúde para o uso adequado do SIS elaborado e validado.	SIS
	Nº de profissionais de saúde capacitados no sistema de informação sanitária.	RH do MS
	Nº de parcerias estabelecidas com instituições de ensino nacionais e internacionais para formação dos profissionais de saúde.	Gabinete da Cooperação, RSS



SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Implementação da interoperabilidade entre o SIS e os diversos sistemas/subsistemas	Nº de sistemas/subsistemas de informação identificados no país.	SIS
	Nº de parcerias estabelecidas com outras instituições nacionais.	RSS, SIS
	Nº de instituições com divulgação e partilha de informações entre si.	SIS
	Nº de indicadores definidos harmonizados com os formulários existentes.	SIS
Integração de todos os programas numa plataforma única	Nº de programas de saúde identificados.	SIS
	Nº de programas de saúde inscritos no sistema de informação.	SIS
	Nº de programas de saúde parametrizados no sistema informático DHIS2.	SIS, DIHS2
	Nº de setores que utilizam o DHIS2 como sistema de informação eleito.	SIS

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Estabelecimento de arranjos institucionais para a contribuição de todas as famílias para um fundo comum	Modelo de financiamento do SNS, com salvaguarda dos grupos vulneráveis definido e validado.	DAF
	Projeto piloto de apoio às famílias vulneráveis (<i>SDG project</i>) avaliado.	DCS, RSS
	Nº de utentes identificados como vulneráveis e elegíveis para cobertura por seguro de saúde.	Segurança Social
	Relatório de viabilidade institucional e política para a criação de um seguro de saúde elaborado.	RSS
	Nº de reuniões realizadas para discussão da criação do seguro de saúde.	RSS



FINANCIAMENTO DA SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Aumento da contribuição do orçamento público para a saúde	% do OGE alocado ao setor da saúde.	DAF
	Plano de monitorização dos indicadores de execução orçamental elaborado.	DAF
	Estudo de viabilidade para a alocação de verbas orçamentais para o seguro de saúde realizado.	RSS
	Estudo de viabilidade do orçamento público para os mais vulneráveis realizado.	DAF, RSS
Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento	Estudo de viabilidade para a alocação de fundos provenientes do apoio internacional ao seguro de saúde.	DAF, CCM
	Nº de apoios identificados para apoiar o sistema de financiamento.	RSS
	Estudo para a manutenção da viabilidade financeira tendo em vista a transição a país de médio desenvolvimento elaborado.	RSS
Construção de maior confiança no sistema de financiamento público	Manual de gestão de recursos elaborado.	RSS
	Nº de gestores da saúde com formação superior em gestão ou similar.	RH do MS
	Nº de unidades de saúde com setor de contabilidade informatizado.	Unidades de Saúde do SNS
	Nº de unidades de saúde com setor de contabilidade informatizado.	DAF
	Nº de auditorias externas realizadas aos departamentos do sistema nacional de saúde.	Instituições de Saúde do MS, DAF
	Nº de relatórios/ balanços financeiros divulgados pelas unidades de saúde.	DAF
Dotação das instituições de saúde de maior autonomia em gestão financeira	Nº médio de dias gastos para realização de despesas com a recuperação de custos pelas unidades de saúde.	Instituições de Saúde do MS, DAF
	Nº de administradores das unidades de saúde com formação em gestão e/ou equivalente.	AS, DAF
	Nº de instituições de saúde com concelho de administração criado e em funcionamento.	AS



FINANCIAMENTO DA SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Definição de pacotes de benefícios	Estudo para a definição de um pacote universal de cuidados realizado.	DCS, RSS
Revisão dos modelos de pagamentos das formações em saúde	Nº de centros de saúde com o novo método de pagamento implementado.	DAF
	Estudo de avaliação da viabilidade de uma reforma do sistema de financiamento do Hospital Central elaborado.	DAF, RSS
Uso de informações e realização de estudos para orientação das decisões de financiamento em saúde	Nº de relatórios de contas apresentados pelo Ministério da Saúde.	DAF
	Nº de estudos realizados sobre o sistema de financiamento da saúde em STP.	RSS

MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Garantir o acesso e a disponibilidade de medicamentos, tecnologias e outros produtos de saúde	Comité de Quantificação de Medicamentos criado e em funcionamento.	Departamento Farmacêutico, FNM
	% do OGE alocado para a aquisição de medicamentos, vacinas, reagentes, tecnologias e outros produtos de saúde.	DAF
	Lista de medicamentos essenciais para o SNS definida e disseminada.	DF



MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Garantir o acesso e a disponibilidade de medicamentos, tecnologias e outros produtos de saúde	Nº de unidades de saúde com sistema de gestão de stock implementado.	AS
	Nº de unidades de saúde com sistema de farmacovigilância implementado.	AS
	Nº de novos quadros superiores em farmácia e/ou ciências farmacêuticas integrados no MS.	DAF
	Mecanismo de para a implementação de um sistema de gestão de controlo de qualidade dos medicamentos e de outros produtos de saúde implementados.	RSS, DF, DCS
	Regulamento para a compra, doação e eliminação de equipamentos definido.	DF
	Nº de serviços laboratoriais com reforço de técnicos capacitados.	DAF
	Nº de distritos com postos para a doação de sangue.	AS
Garantir um sistema de planificação, gestão e aprovisionamento eficiente das tecnologias, medicamentos e outras tecnologias de saúde	Nº de encontros da CNQ realizados para análise de stock, planificação e aquisições.	FNM
	Plano de reestruturação do FNM validado e implementado.	DCS
	Armazém central de referência para medicamentos e outros produtos do SNS construído.	FNM
	Nº de profissionais de saúde capacitados em matéria de gestão de stock.	DAF
Assegurar a regulamentação e fiscalização dos medicamentos e outras tecnologias de saúde	Proposta de lei que cria a Autoridade Reguladora de Farmácia (ARFAMED) aprovada.	DCS
	ARFAMED com meios logísticos criados para o seu pleno funcionamento.	Departamento Farmacêutico
	Política e Plano estratégico nacional dos setores de tecnologia da saúde aprovados e adotados.	ARFAMED



MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

EIXO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	FONTE DOS DADOS
Assegurar a regulamentação e fiscalização dos medicamentos e outras tecnologias de saúde	Propostas de lei e regulamentos prioritários para o setor farmacêutico, tais como regime jurídico dos preços de medicamentos e lei para a realização de ensaios clínicos, criadas e adotadas.	ARFAMED
	Propostas de lei para a autorização de abertura, funcionamento e encerramento de serviços tecnológicos, criadas e adotadas.	ARFAMED
	Nº de normas para definição da estratificação dos laboratórios por nível elaboradas.	LNR
	Nº de infraestruturas criadas ou requalificadas para a implementação de laboratórios de saúde pública.	DAF
	Propostas de lei da autorização de introdução no mercado (AIM) e regime jurídico das farmácias e pontos de venda aprovadas.	ARFAMED
Estabelecer parcerias de ligação com outros países da subregião	Nº de compras agrupadas de medicamentos e outros produtos de saúde realizadas em conjunto com outros países.	Departamento Farmacêutico
	Nº de protocolos estabelecidos com outros países para o controlo de qualidade do medicamento e de outros produtos de saúde.	Gabinete de Cooperação
Combater as emergências de saúde pública	Plano de aquisição de stock de reserva de medicamentos, vacinas e outros produtos de saúde em situações de emergências elaborado.	Departamento Farmacêutico
	Nº de acordos de colaboração com outros países para aquisição ou doação de medicamentos e outros produtos de saúde em situações de emergência elaborados.	Gabinete de Cooperação, FNM, DF



7.4. APRENDIZAGEM E CAPITALIZAÇÃO

Todo o processo de construção do PNDS 2023-2032 proporcionou oportunidades de aprendizagem para todos os elementos envolvidos. A destacar:

- Avaliação transversal e multissetorial do Sistema Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe;
- Levantamento das forças e fraquezas do Serviço Nacional de Saúde;
- Análise das estratégias implementadas até ao momento, avaliando os seus pontos positivos e os constrangimentos associados;
- Projeção de uma visão de um Serviço Nacional de Saúde de maior qualidade e mais inclusivo;
- Definição de metas e objetivos para a visão estratégica da saúde, em São Tomé e Príncipe, para os próximos 10 anos;
- Priorização das intervenções que permitam cumprir os objetivos definidos.

As lições a serem aprendidas ao longo da planificação, monitorização e avaliação da implementação do PNDS, serão certamente o ponto de partida para o reajuste das estratégias definidas neste plano e para a elaboração de futuros PNDS, na certeza de que deveremos sempre saber consensualizar os esforços para alcançar a Cobertura Universal de Saúde. O registo dos ganhos, aprendizagens e desafios, irá escrever o futuro do Sistema Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe.





VIII. ANEXOS

VIII. ANEXOS

ANEXO 1 – ORÇAMENTO DO PNDS 2023 – 2032

Para a orçamentação do custo do PNDS 2023-2032 foram considerados três cenários:

1 - Cenário *realista*, tomado como base, no qual as estimativas se basearam nos valores atuais do mercado alicerçados na lista dos preços dos produtos, e serviços, praticados pelos parceiros, mercados nacionais e internacionais, e também numa perspetiva de haver uma estabilização do custo de bens e serviços, isto é, dos fatores económicos;

2- Cenário *médio*, baseado nas hipóteses de um ligeiro aumento dos custos de bens e serviços, acrescendo uma inflação de 10% em relação aos custos do cenário anterior;

3- Cenário *pessimista*, tomado como teto máximo, e que representa a situação mais crítica relativamente à possibilidade de alcance das metas e dos objetivos estabelecidas no PNDS. A estimativa é feita considerando um aumento significativo da inflação (25%) com a gravosa diminuição de recursos e grandes impactos pandémicos.

Custos do PNDS 2023-2032

O custo total deste plano para 10 anos no cenário de base, designado como *realista*, está estimado em STN 9.554.626.466,96 (EUR 389.984.753,75), STN 9.650.172.731,61 (EUR 393.884.601,29) para o cenário *médio* e STN 11.943.283.083,66 (EUR 487.480.942,19) para o cenário “*pessimista*”.

Distribuição dos custos de acordo com o cenário, por ano e por pilar (em euros)

As tabelas subsequentes mostram o valor estimado dos custos de acordo com o cenário (realista, médio ou pessimista), por ano e por pilar. Os valores indicados estão expressos em euros.



QUADRO ORÇAMENTAL PNDS 2023 – 2032 POR INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	Total Euros
	68 471 995,15	48 781 041,83	45 582 250,79	38 182 861,59	32 606 108,24	45 102 564,27	47 030 448,67	31 866 700,16	33 873 261,69	38 792 699,40	430 289 931,77
Eixo estratégico/Intervenção prioritária	Euros										
PILAR 1 - Prestação de cuidados e serviços de saúde											
1. Cuidados de Saúde (primários, secundários, intervenção a nível comunitário e terciários)	5 307 722,87	2 015 394,37	2 029 949,18	2 015 394,37	2 029 949,18	2 020 074,15	2 029 949,18	1 336 186,02	2 029 949,18	2 015 394,37	22 829 962,88
1 Melhorar a qualidade e humanizar o atendimento ao doente	14 554,81	-	14 554,81	-	14 554,81	-	14 554,81	-	14 554,81	-	72 774,04
2 Criar e divulgar a carta de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	7 791,02	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	4 168,20	45 304,78
3 Criar um mecanismo de apoio a utente (caixas de sugestões)	2 938,78	-	-	-	-	2 938,78	-	-	-	-	5 877,55
4 Reforçar a acessibilidade a meios complementares de diagnóstico (Laboratório e Imagiologia)	1 741,00	-	-	-	-	1 741,00	-	-	-	-	3 482,00
5 Normalizar as intervenções em saúde pela definição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, nomeadamente para a abordagem das doenças não transmissíveis	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	25 458,37	254 583,67
6 Eliminação das doenças dependente de água, nomeadamente pela melhoria de saneamento básico	2 264 027,85	905 611,14	905 611,14	905 611,14	905 611,14	905 611,14	905 611,14	226 402,78	905 611,14	905 611,14	9 735 319,75
7 Desenvolver um programa de rastreio (de base populacional) para doenças oncológicas prioritárias e em grupos de riscos combinando modalidades mistas, unidades moveis e principais unidades de saúde	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	992 790,97	9 927 909,75
8 Concluir a efetivação do Registo oncológico nacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 Definir indicadores e metas, por unidade de saúde, para avaliação da qualidade do desempenho da prestação de cuidados	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	5 305,31	53 053,06
10 Traçar o perfil socioeconómico, demográfico, epidemiológico e antropológico das diferentes comunidades	30 285,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30 285,71
11 Integrar novos parâmetros no próximo senso demográfico para estudo de grupos populacionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Identificar os determinantes de saúde, específicos de cada comunidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 Identificar áreas prioritárias em saúde e planejar as intervenções, de acordo com o contexto do indivíduo envolvendo elemento-chave de cada comunidade	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	391,84	3 918,37
14 Integrar a ação das Unidades de Saúde Móvel no planeamento dos cuidados de saúde disponibilizados às comunidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 Desenvolver uma abordagem adequada para alinhamento da medicina tradicional com a medicina convencional, identificando e mapeando a rede de elementos da comunidade que implementam tratamentos tradicionais e normalizar a sua ação no âmbito da saúde	7 259,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 259,18
16 Disponibilizar consultas de especialidade nos Centros de Saúde de acordo com as necessidades das populações nas áreas distritais	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	81 590,18	815 901,84
17 Organizar os cuidados de saúde, baseados na abordagem por equipas multidisciplinar	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	78,37	783,67
18 Melhorar a coordenação entre os intervenientes no processo da Evacuação Sanitária de doentes de São Tomé e Príncipe para Portugal, para maior celeridade na efetivação da evacuação dos doentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



19	Identificar, no âmbito da evacuação sanitária, outros países receptores de doentes e estabelecer novos acordos de cooperação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	Implementar no HAM serviço de anatomia patológica, incluindo citopatologia e histopatologia, e criar parceria no âmbito de controlo de qualidade	1 873 509,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 873 509,49
2. Literacia em Saúde		306 599,18	6 313,47	306 599,18	6 313,47	6 313,47	306 599,18	6 313,47	6 313,47	306 599,18	6 313,47	1 264 277,55
21	Desenvolver e implementar um estudo nacional de literacia em saúde em São Tomé e Príncipe	300 285,71	-	300 285,71	-	-	300 285,71	-	-	300 285,71	-	1 201 142,86
22	Desenvolver um Plano Nacional de Educação para melhoria do nível de literacia em saúde, baseado na avaliação dos resultados do estudo nacional de literacia em saúde, para promover uma maior capacidade e responsabilização do indivíduo na gestão da sua própria saúde e na utilização mais eficaz dos recursos de saúde	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	6 313,47	63 134,69
23	Definir os serviços de saúde a serem prestados a cada nível de cuidado de prestação de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Rede de Unidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	Mapear a distribuição de recursos (humanos/equipamentos) e das unidades prestadoras de cuidados do sistema nacional de saúde, por área geográfica e tipologia (unidade móvel, posto de saúde comunitário, posto de saúde, centro de saúde, hospital regional e central), avaliando a sua racionalidade para a cobertura universal de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Avaliar a necessidade de reforço do sistema de saúde, em recursos humanos, número e tipo de unidades de saúde, para garantir a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde a todos os cidadãos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Transferência de doentes entre unidades prestadoras de cuidados		18 066,96	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	7 227,76	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	37 147,78
26	Criar um sistema em rede, apoiado no SIS, para a referência dos doentes ao Hospital Central (nomeadamente para serviço de urgência, consultas de especialidade e/ou realização de exames complementares de diagnóstico) e para a contra referência do doente para o posto ou centro de saúde	2 963,27	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	2 963,27	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	17 779,59
27	Rever e atualizar os protocolos de referênciação e contra referênciação entre unidades de saúde dos diferentes níveis de cuidados	4 264,49	-	-	-	-	4 264,49	-	-	-	-	8 528,98
28	Regulamentar o transporte do doente urgente entre unidades de saúde (transporte a nível interdistrital e regional)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Retomar e operacionalizar o projeto de implementação do Sistema de Emergência pré-hospitalar	10 839,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 839,21
5. Saúde digital em todos os níveis de cuidados		500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500,00
30	Implementar gradualmente, através de um modelo piloto (exemplo, centro de saúde e hospital central) as ferramentas de saúde digital desenvolvidas pelo SIS, processo clínico único, informatização do registo clínico e disponibilização de informação clínica em rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	Disponibilizar e regulamentar os usos da Telemedicina como ferramenta de comunicação entre unidades de saúde, (nomeadamente discussão de doentes e de resultados de exames complementares de diagnóstico)	500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500,00
6. Programas de Saúde		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Definir os cuidados de saúde de acordo com os programas existentes a serem disponibilizados a cada nível de prestação de cuidados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	Definir as intervenções de cada programa de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



7. Rede de Laboratórios de Saúde Pública	3 876 184,38	225 783,90	225 783,90	225 783,90	225 783,90	236 196,63	225 783,90	225 783,90	225 783,90	225 783,90	5 918 652,23
34 Criar uma Direção de Laboratórios de Saúde Pública para organizar, coordenar, monitorizar e avaliar toda o sistema laboratorial.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 Dotar o sistema de laboratórios de saúde pública de documentos e normas regulamentadoras.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36 Desenvolver um sistema nacional de gestão da qualidade dos laboratórios, baseado em normas internacionais, incluindo a adesão de todos os laboratórios	2 955,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 955,10
37 Promover e alocar financiamento para adesão de todos os laboratórios de saúde à iniciativa SLIPTA para melhoria gradual da qualidade dos laboratórios e acreditação dos mesmos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38 Atribuir um orçamento específico para o adequado funcionamento dos laboratórios.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39 Dotar os laboratórios de saúde pública de infraestruturas e equipamentos em conformidade com as normas internacionais, incluindo a gestão adequada dos resíduos laboratoriais.	3 637 032,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 637 032,65
40 Aprovisionar os laboratórios de saúde pública com materiais e consumíveis de qualidade.	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	2 000 000,00
41 Promover a formação de recursos humanos qualificados e competentes, incluindo a utilização de equipamentos de segurança e formação em biossegurança.	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	25 783,90	257 839,02
42 Desenvolver um sistema de informação e documentação laboratorial (SIDLAB) que contribua para a vigilância epidemiológica e investigação em saúde pública.	10 412,73	-	-	-	-	10 412,73	-	-	-	-	20 825,45
8. Emergências de Saúde Pública	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	1 663 875,05
43 Operacionalizar o plano definido pelo COE, sem prejuízo da atividade clínica essencial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44 Aplicar o plano de ação nacional de segurança sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 Operacionalizar equipas de resposta rápida distrital (no âmbito da saúde)	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	72 870,51	728 705,09
46 Operacionalizar a vigilância baseada em eventos comunitários em todos os distritos sanitários	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	92 709,81	927 098,12
47 Reativar a função das Equipas de emergência distrital (coordenação multisectorial)	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	807,18	8 071,84
9. Rede de cuidados continuados e paliativos	103 251,31	99 105,19	99 105,19	103 251,31	99 105,19	99 105,19	103 251,31	99 105,19	99 105,19	103 251,31	1 007 636,41
48 Alargar a todos os distritos sanitários a ação das equipas de cuidados continuados	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	17 692,11	176 921,14
49 Capacitar profissionais de saúde (médicos e/ou enfermeiros) para prestação de cuidados no âmbito dos cuidados continuados e paliativos	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	7 766,68	77 666,78
50 Criar e efetivar a rede de cuidados paliativos	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	73 646,40	736 464,00
51 Normalizar a atuação dos profissionais definindo manuais de procedimentos operacionais padronizados, protocolos de atuação e relatórios de atividades	4 146,12	-	-	4 146,12	-	-	4 146,12	-	-	4 146,12	16 584,49
52 Integrar o registo clínico dos doentes abrangidos pela rede de cuidados continuados e paliativos, nas plataformas digitais das unidades de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Valor das atividades (194, 195, 196 e 197)	2 704 399,22	44 161,23	66 928,71	2 637 470,51	66 928,71	-	2 748 560,46	-	66 928,71	2 637 470,51	10 972 848,07
TOTAL DO PILAR 1	12 483 111,45	2 558 627,31	2 896 235,31	5 156 082,71	2 595 949,59	2 835 590,41	5 281 727,46	1 835 257,72	2 896 235,31	5 156 082,71	43 694 899,97



PILAR 2 - Liderança, Governação e Parceria

1. Criação de políticas para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde											
		3 109,39	2 823,67	2 823,67	2 823,67	2 823,67	2 823,67	3 109,39	2 823,67	2 823,67	28 808,16
53	Definir e implementar políticas no sector de saúde que resultem na melhoria dos cuidados assistenciais prestados à população	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	2 857,14
54	Definir normas e estratégias a adotar pelo MS e pelas unidades de saúde, em termos de tecnologias, SIS, segurança dos doentes e dos profissionais e mitigação de riscos	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	2 537,96	25 379,59
55	Elaborar e implementar um plano de recursos humanos que permita reforçar o dimensionamento dos recursos e colmatar áreas de especialização clínica, mas também adequar as competências técnicas e comportamentais para as novas exigências na prestação dos cuidados e gestão das organizações	285,71	-	-	-	-	-	285,71	-	-	571,43
2. Reforço das capacidades institucionais, técnicas de planificação e gestão do Ministério da Saúde		4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	40 024,49
56	Adotar, planificar e implementar políticas e Planos estratégicos de saúde	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	1 959,18	19 591,84
57	Reforçar mecanismos de coordenação e planificação intrasectorial do Ministério da Saúde	408,16	408,16	408,16	408,16	408,16	408,16	408,16	408,16	408,16	4 081,63
58	Criar uma comissão de acompanhamento para implementação e avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde, ao longo dos 10 anos	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	1 635,10	16 351,02
3. Criação de mecanismos para aplicação das Leis de Serviços da Saúde		8 205,31	366 694,80	-	-	-	-	13 440,41	-	-	388 340,51
59	Rever, reestruturar e implementar a Lei Orgânica de Ministério da Saúde e a Lei de Base da saúde (Lei nº 9/2018)	-	5 235,10	-	-	-	-	5 235,10	-	-	10 470,20
60	Criar uma Entidade Reguladora da Saúde, com a missão de regulação da atividade das estruturas públicas e privadas prestadoras dos cuidados de saúde, integrando e uniformizando um conjunto de funções de regulação e supervisão	-	361 459,69	-	-	-	-	-	-	-	361 459,69
61	Rever, validar e implementar o Código Sanitário Nacional	8 205,31	-	-	-	-	-	8 205,31	-	-	16 410,61
4. Promoção de uma governação mais participativa do Sistema de Saúde		2 582,86	2 577,96	2 577,96	2 582,86	2 577,96	2 577,96	2 582,86	2 577,96	2 577,96	25 799,18
62	Assegurar a plena representação e participação dos delegados distritais nas principais decisões tomadas pelo Ministério da Saúde relativamente ao sistema de saúde (estabelecer uma reunião trimestral)	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	2 257,96	22 579,59
63	Expandir o âmbito do CCM para outras problemáticas da saúde (para além das três doenças)	4,90	-	-	4,90	-	-	4,90	-	-	19,59
64	Promover diálogos harmonizados e alargados, para analisar e encontrar soluções para os problemas de saúde, incorporando também as forças vivas, nomeadamente, Câmaras Municipais, ASC e ONGs	34,29	34,29	34,29	34,29	34,29	34,29	34,29	34,29	34,29	342,86
65	Promover e desenvolver ações para estabelecimento de parcerias e protocolos de cooperação com as entidades nacionais e internacionais	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	285,71	2 857,14
5. Ação sobre os determinantes da saúde, conduzindo o diálogo intersectorial		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Assegurar que cada organismo interministerial participe, de forma ativa, nas ações conjuntas sobre determinantes da saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
67	Assegurar que os parceiros fornecem o apoio necessário para um sistema de saúde mais resiliente no âmbito da Cobertura Universal da Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



68	Garantir a participação dos sectores privados no âmbito da sua responsabilidade social no sector da saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Ampliação e melhoria da acessibilidade a serviços de saúde, de qualidade	29 281,26	-	-	-	-	-	-	-	29 281,26	-	-	-	58 562,52
69	Reforçar os Serviços de Saúde para levar cuidados de qualidade e de proximidade a população	29 281,26	-	-	-	-	-	-	29 281,26	-	-	-	58 562,52
70	Equilibrar e apoiar, em primeira linha, os cuidados de saúde primários e terciários, no NAM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Descentralizar os serviços de saúde, incluindo a participação das comunidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	Criar uma linha de preparação para emergências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Criação de mecanismos de sustentabilidade financeira dos serviços de saúde	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	179,59
73	Definir estratégias ou mecanismos de financiamento para sustentabilidade fiscal de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	Seguir a implementação dos planos estratégicos nos serviços de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75	Criar um mecanismo para seguir a implementação de responsabilização e prestações de contas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	Coordenar a mobilização e utilização do financiamento externo para a saúde	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	179,59
8. Criação de mecanismos de avaliação do desempenho organizacional	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	4 391,84
77	Definir os indicadores de desempenho da atividade assistencial	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	71,84	718,37
78	Monitorizar a atividade e cumprimento de indicadores	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	1 224,49
79	Comparar índices de qualidade e desempenho entre as estruturas de saúde	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	244,90	2 448,98
TOTAL DO PILAR 2	47 638,40	376 556,02	9 861,22	9 866,12	9 861,22	9 861,22	52 873,51	9 861,22	9 861,22	9 866,12	546 106,30		

PILAR 3 - Recursos Humanos da Saúde

1. Reforço da governança e capacidade de liderança dos Recursos Humanos da Saúde	11 739 066,34	11 708 989,10	11 714 860,21	-	5 871,11	11 717 904,83	5 871,11	-	5 871,11	-	46 898 433,80
80	Rever, atualizar e implementar o plano estratégico nacional, Plano de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde, orçamentado e abrangente, que reflita o contexto do novo Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde e a situação macroeconómica do País	4 219,44	-	-	-	4 219,44	-	-	-	-	8 438,88
81	Melhorar a eficácia e o uso eficiente dos recursos humanos existentes, nomeadamente reconhecendo os agentes de saúde comunitária como recursos humanos da saúde para o reforço das intervenções de saúde na comunidade.	4 696,29	-	-	-	4 696,29	-	-	-	-	9 392,57
82	Adequar o investimento do país para um financiamento suficiente e sustentável do Plano nacional de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	Trabalhar para atingir a sustentabilidade financeira para os RHS, em colaboração com outros ministérios, parceiros e partes interessadas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
84	Promover o diálogo dos responsáveis políticos das áreas da saúde, ensino e finanças, com o sector privado, organizações não governamentais, instituições de formação, profissionais de saúde e ordens/associações profissionais, para assegurar uma contribuição otimizada por parte dos profissionais da saúde, na revisão e implementação do plano estratégico	5 871,11	-	5 871,11	-	5 871,11	-	5 871,11	-	5 871,11	29 355,54



85	Reforçar as capacidades institucionais de liderança e governação, nomeadamente da Seção de Recursos Humanos da Direção Administrativa e Financeira do Ministério da Saúde, equipas de gestão dos serviços de saúde a nível regional e distrital.	11 708 989,10	11 708 989,10	11 708 989,10	-	-	11 708 989,10	-	-	-	-	-	46 835 956,41
86	Planificar e modernizar os procedimentos e mecanismos de gestão do trabalho em saúde (fluxogramas de trabalho).	15 290,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15 290,40
2. Promoção da formação dos recursos humanos e melhoria do seu nível de competência		32 466,07	6 000,00	15 691,78	6 000,00	15 731,37	6 000,00	32 426,47	6 039,59	15 691,78	6 000,00	142 047,06	
87	Planejar e aumentar a produção de profissionais de saúde (agentes de saúde comunitária, enfermeiros, médicos e técnicos de saúde), nas diferentes áreas de competências, de acordo com a sua relevância para as necessidades da população, de forma a melhorar a qualidade da prestação de serviços.	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00	60 000,00	
88	Assegurar a resposta do sector do ensino às estratégias de prestação de cuidados de saúde, incluindo a revisão e desenvolvimento dos programas curriculares, adequados ao perfil epidemiológico do país e aos principais determinantes da saúde identificados.	39,59	-	-	-	39,59	-	-	39,59	-	-	118,78	
89	Reforçar a qualidade do ensino superior (designadamente pessoal docente, infraestruturas, ambiente de trabalho nos laboratórios, equipamentos e materiais didáticos) para produzir profissionais de saúde competentes.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
90	Reforçar protocolos de cooperação na área da formação de recursos humanos da saúde (nomeadamente para especialização médica) com outros países, preferencialmente de expressão portuguesa, com definição de planos de formação intensivos, de acordo com as áreas prioritárias, e de mecanismos de garantia de retorno da força de trabalho diferenciada ao país	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
91	Reforçar protocolos de cooperação na área da formação de recursos humanos da saúde com outros países, preferencialmente de expressão portuguesa, com definição de planos de formação intensivos, de acordo com as áreas prioritárias, e de mecanismos de garantia de retorno da força de trabalho diferenciada ao país.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
92	Reforçar as competências nas áreas de economia de saúde, gestão e planeamento, legislação, regulação e inspeção das equipas de gestão e administrativas a nível Central e Distrital	5 072,68	-	5 072,68	-	5 072,68	-	5 072,68	-	5 072,68	-	25 363,39	
93	Reforçar e/ou introduzir abordagens inovadoras, tais como o uso das tecnologias de informação e comunicação/e-learning, na formação inicial e no desenvolvimento profissional contínuo.	16 734,69	-	-	-	-	-	16 734,69	-	-	-	33 469,39	
94	Planejar as necessidades em recursos humanos da saúde, nas diferentes categorias profissionais, a serem afetados a cada unidade de saúde dos diferentes níveis de prestação de serviços e em alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	11 547,76	
95	Definir de forma clara as tarefas e responsabilidades dos profissionais do SNS, em cada nível de prestação dos serviços de saúde (TDR).	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	2 309,55	-	11 547,76	
3. Disponibilidade e distribuição adequadas de profissionais de saúde			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
96	Promover melhores condições de trabalho, mais saudáveis e seguras (instalações físicas, disponibilização de medicamentos e consumíveis, e equipamento, incluindo ferramentas tecnológicas e acesso à internet), e maior qualidade de vida dos profissionais de saúde.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
97	Valorizar os profissionais de saúde através do pagamento de salários ajustados à relevância e responsabilidade da profissão.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
98	Criar um ambiente sociopolítico favorável à prestação dos serviços de saúde.												



99	Criar incentivos (ex. empréstimos à habitação, educação para as crianças, garantias de cuidados de saúde, formação contínua e seguros, entre outros) para estimular a produtividade, promover a fixação de quadros, nomeadamente nas zonas geográficas mais distantes e isoladas, e a afetação de pessoal qualificado às diversas estruturas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	Introduzir e/ou reforçar o recurso à telemedicina, a todos os níveis de prestação de serviços de saúde, para melhoria do desempenho clínico e estímulo à formação profissional contínua.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Custo com o Pessoal (salários e subsídios) 198		13 168 083,80	131 680 837,96									
TOTAL DO PILAR 3		24 939 616,20	24 883 072,90	24 898 635,79	13 174 083,80	13 189 686,28	24 891 988,62	13 206 381,38	13 174 123,39	13 189 646,68	13 174 083,80	178 721 318,82

PILAR 4 - Infraestruturas, equipamentos e manutenção

1. Aumento da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos	14 104 266,89	4 980 890,31	1 390 708,67	4 102 271,94	1 390 708,67	1 390 708,67	12 473 695,92	1 390 708,67	1 390 708,67	4 102 271,94	46 716 940,36
101	Identificar os serviços em que se pretende diversificar para elaborar o plano de construção, tais como: Centro de Saúde de Lobata, maternidade no Centro de Saúde de Cantagalo, Postos de Saúde e Postos Comunitários com modelo de construção uniformizado, laboratório Nacional de Referência e unidade da hemodiálise	5 220 752,60	-	-	-	-	-	-	-	-	5 220 752,60
102	Reabilitar e requalificar as estruturas funcionais, de forma a responderem às necessidades e requisitos dos utentes:	-	3 363 651,02	-	-	-	-	3 363 651,02	-	-	6 727 302,04
103	Casas de banho, das salas abandonadas e das estruturas dos edifícios;	-	226 530,61	-	-	-	-	226 530,61	-	-	453 061,22
104	§ requalificação do PMI num Centro Materno-Infantil, separação dos serviços de atendimento a urgências dos restantes serviços do HAM, melhoria do sistema de rede da água e do saneamento do meio; energias verdes (HAM, HMQDG, CS e PS)	178 730,61	-	-	-	-	-	178 730,61	-	-	357 461,22
105	Elaborar o plano de aquisição de equipamentos, mobiliário e ferramentas, nomeadamente equipamentos de estomatologia, fisioterapia, Raio X, bancadas e armários...de acordo com o perfil/TDR da unidade de saúde;	1 177,55	-	-	1 177,55	-	-	1 177,55	-	-	1 177,55
106	Adquirir viaturas para o transporte de funcionários, utentes e pacientes. (incluindo a aquisição de uma ambulância para a RAP).	430 385,71	-	-	-	-	-	430 385,71	-	-	860 771,43
107	Aquisições de painéis solares (HAM, HMQDG, CS e PS)	2 710 385,71	-	-	2 710 385,71	-	-	2 710 385,71	-	-	2 710 385,71
108	Melhorar a logística/gestão/tratamento de recolha de resíduos sólidos/instalação de painéis solares, biossegurança (unidade modelo)	5 562 834,69	1 390 708,67	1 390 708,67	1 390 708,67	1 390 708,67	1 390 708,67	5 562 834,69	1 390 708,67	1 390 708,67	22 251 338,78
2. Implementação do plano de aquisição e manutenção de equipamentos móveis e imóveis do sistema de saúde	50 832,24	50 433,88	50 832,24	50 433,88	50 433,88	50 433,88	505 135,51				
109	Elaborar e implementar o plano de manutenção dos equipamentos em todas as unidades sanitárias: identificação de todos os equipamentos existentes, criar um gabinete específico para se responsabilizar pela manutenção dos equipamentos.	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	50 252,65	502 526,53
110	Modernizar e uniformizar as especificações técnicas dos equipamentos, em todas as unidades sanitárias.	398,37	-	-	-	-	-	398,37	-	-	796,73
111	Implementar um plano de formação contínua para atualização das capacitações em manutenção (intervenção anterior) dos equipamentos, em parceria com os fornecedores dos mesmos.	181,22	181,22	181,22	181,22	181,22	181,22	181,22	181,22	181,22	1 812,24
TOTAL DO PILAR 4	14 155 099,13	5 031 324,18	1 441 142,55	4 152 705,82	1 441 142,55	1 441 142,55	12 524 528,16	1 441 142,55	1 441 142,55	4 152 705,82	47 222 075,87



PILAR 5 - Sistema de Informação e Investigação em Saúde

1. Reforço da governança e da coordenação do SIS		17 228,74	36 713,21	19 583,82	23 866,17	19 583,82	20 403,15	19 583,82	23 866,17	19 583,82	20 403,15	220 815,87
112	Identificar todos os programas de saúde.	1 721,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 721,55
113	Inscrever os programas que não estão incluídos.	-	17 129,39	-	4 282,35	-	-	-	4 282,35	-	-	25 694,08
114	Parametrizar os programas identificados no sistema.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
115	Identificar as necessidades em Formação incluindo a elaboração do plano de formação	819,33	-	-	-	-	819,33	-	-	-	819,33	2 457,98
116	Capacitar todos os técnicos identificados.	14 687,87	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	19 583,82	190 942,25
2. Reforço do SIS		40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	224 745,80
117	Estabelecer parcerias de formação com organizações internacionais. Configuração DHIS2 no servidor LINUX	36 000,00	-	36 000,00	-	36 000,00	-	36 000,00	-	36 000,00	-	180 000,00
118	Estabelecer parcerias de formação com as instituições de ensino nacionais no Sistema de Informação Sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
119	Identificar e elaborar os TDR para os pontos focais que irão realizar o seguimento e avaliação do sistema.	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	364,08	3 640,82
120	Avaliar a implementação da fase piloto no Hospital Ayres de Menezes e na Área de Saúde de Água Grande em relação ao processo único.	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	4 110,50	41 104,98
3. Expansão do processo único para todo o sistema nacional de saúde		-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	1 718 730,61
121	Identificar as forças, as fraquezas e as lições aprendidas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
122	Identificar as necessidades para a expansão do processo único.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
123	Adquirir equipamentos informáticos e seus acessórios.	-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	1 718 730,61
4. Capacitação dos quadros da saúde no uso e na importância de um sistema de informação em saúde		-	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	16 025,51
124	Producir e disseminar o guia de orientação do processo único.	-	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	16 025,51
5. Assegurar a interoperabilidade entre o SIS e os diversos sistemas/subsistemas		1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	13 591,84
125	Identificar os subsistemas de informação existentes no país.	-	906,12	-	-	906,12	-	-	906,12	-	-	2 718,37
126	Estabelecer parcerias com outras instituições nacionais.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
127	Reforçar a partilha e a divulgação das informações entre as instituições.	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	1 087,35	10 873,47
6. Integração de todos os dados numa plataforma única		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
128	Advogar junto do/a titular da pasta da saúde aos parceiros do Ministério da Saúde, para o reconhecimento do DHIS2 como o sistema de informação selecionado no país. (produção de um despacho)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DO PILAR 5		58 790,67	617 872,07	62 926,36	31 208,71	63 832,48	600 655,89	62 926,36	32 114,83	62 926,36	600 655,89	2 193 909,62

PILAR 6 - Financiamento da Saúde

1. Estabelecimento de arranjos institucionais para a contribuição de todas as famílias para um fundo comum		42 738,86	39 364,90	40 565,43	41 538,33	40 565,43	39 364,90	42 738,86	39 364,90	40 565,43	41 538,33	408 345,35
129	Definição de um modelo de financiamento do SNS, com salvaguarda de grupos vulneráveis	1 200,53	-	1 200,53	-	1 200,53	-	1 200,53	-	1 200,53	-	6 002,65
130	Apoiar a identificação dos mais vulneráveis cujo seguro de saúde será coberto pelo orçamento.	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	39 242,45	392 424,49
131	Avaliar o projeto piloto grupos vulneráveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



132	Avaliar a viabilidade institucional e política para a criação de um seguro de saúde que garanta um pacote de cuidados básicos essenciais para todos e ofereça um ou mais pacotes complementares voluntários – identificação de possíveis taxas de contribuição (empregadores e empregados), prêmios de seguro de saúde complementares e contribuição do orçamento geral do estado.	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	122,45	1 224,49
133	Levar a cabo um processo político (diálogo nacional e com parceiros de implementação técnicos e financeiros) para a criação do seguro de saúde.	2 173,43	-	-	2 173,43	-	-	2 173,43	-	-	2 173,43	8 693,71
2. Aumento da contribuição do orçamento público para a saúde		173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	892 235,89
134	Realizar comunicação e informação populacional de implementação de um sistema de seguro de saúde.	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	30 826,53	308 265,31
135	Aumentar e disponibilizar para o setor da saúde 15% do Orçamento Geral do Estado (de acordo com acordo Abuja 2001).	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
136	Monitorizar e melhorar os indicadores de execução do orçamento em saúde.	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	1 917,80	19 177,96
137	Realizar um estudo de viabilidade para a alocação de verbas orçamentais para o seguro de saúde (cobertura universal).	65 467,93	-	-	65 467,93	-	-	65 467,93	-	-	65 467,93	261 871,71
138	Realizar um estudo sobre a viabilidade do orçamento público para cuidar dos mais vulneráveis.	34 329,40	-	-	34 329,40	-	-	34 329,40	-	-	34 329,40	137 317,60
139	Realizar um estudo de viabilidade institucional para avaliar a capacidade de aumentar a alocação de fundos para entidades que desempenham atividades na área social e saúde (por exemplo, a segurança social).	40 390,62	-	-	40 390,62	-	-	40 390,62	-	-	40 390,62	161 562,50
140	Garantir o investimento público nas infraestruturas de saúde.	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	404,08	4 040,82
3. Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento		64 378,13	40 390,62	-	64 378,13	-	40 390,62	64 378,13	-	-	104 768,76	378 684,40
141	Realizar um estudo para avaliar a viabilidade de alocação de partes dos fundos recebidos através do apoio internacional, ao seguro de saúde, por exemplo para o atendimento dos mais vulneráveis.	64 378,13	-	-	64 378,13	-	-	64 378,13	-	-	64 378,13	257 512,52
142	Identificar outros apoios, no domínio do financiamento, que possam ser prestados por parceiros técnicos e financeiros.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
143	Realizar estudos para a manutenção da viabilidade financeira decorrente da transição de São Tomé e Príncipe a país de médio desenvolvimento.	-	40 390,62	-	-	-	40 390,62	-	-	-	40 390,62	121 171,87
4. Aumento da confiança no sistema de financiamento público		19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	111 152,40
144	Conceber ferramentas padronizadas de gestão de recursos e escrever um manual de gestão de recursos. Gestão de cobrança em todos os serviços	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	885,71	8 857,14
145	Melhorar e disseminar o manual de procedimento incluindo a componente para Gestão de cobrança	4 249,27	-	4 249,27	-	4 249,27	-	4 249,27	-	4 249,27	-	21 246,34
146	Formar os gestores/administrativo das unidades de saúde em gestão sanitária (incluindo compras e aquisição de bens).	12 977,99	-	12 977,99	-	12 977,99	-	12 977,99	-	12 977,99	-	64 889,96
147	Implementar mecanismos de auditoria e controle interno regular em todas as instituições do sistema de saúde.	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	1 334,26	13 342,63
148	Publicitar os relatórios e balanços financeiros das instituições de saúde (relatório anual ou apresentação de dados em conferência anual).	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	281,63	2 816,33
5. Dotação das instituições de saúde de maior autonomia em gestão financeira		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
149	Agilizar o circuito de realização de despesas pelas unidades de saúde, no âmbito da recuperação de custos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



150	Profissionalizar a função de administrador distrital de saúde (necessidade de certificado em gestão ou diploma equivalente).	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
151	Estabelecer um concelho de administração para as instituições que possuem autonomia (FNM, CNE, HAM, etc.) e comissões de gestão nos distritos sanitários, com termos de referência, indicadores financeiros e resultados a alcançar.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. Definição de pacotes de benefícios		1 012,30	-	904 551,70	-	1 012,30	-	1 012,30	-	904 551,70	-	1 812 140,30
152	Avaliar o processo de disponibilização de um pacote de serviços de saúde essenciais do projeto famílias vulneráveis, como possível piloto para a implementação de um sistema de assistência a essa população.	1 012,30	-	1 012,30	-	1 012,30	-	1 012,30	-	1 012,30	-	5 061,50
153	Realizar um estudo para definir um pacote universal de cuidados e identificar outras intervenções que poderão estar asseguradas por um seguro complementar.	-	-	903 539,40	-	-	-	-	-	903 539,40	-	1 807 078,80
7. Revisão dos modelos de pagamentos das formações em saúde		3 936,81	3 936,81	68 210,86	3 936,81	68 210,86	3 936,81	167 916,18				
154	Introduzir um novo método de pagamento para os Centros de Saúde (incluindo a sua digitalização), como parte da gestão do sistema de assistência aos mais vulneráveis.	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	39 368,08
155	Realizar um estudo para avaliar a viabilidade do sistema de financiamento do Hospital Central.	-	-	64 274,05	-	-	-	-	-	64 274,05	-	128 548,10
8. Uso de informações e realização de estudos para orientação das decisões de financiamento em saúde		16 000,00	160 000,00									
156	Producir e publicar regularmente as contas nacionais da saúde.	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	160 000,00
157	Implementar estudos de investigação para orientar as decisões estratégicas no financiamento da saúde.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Valor acrescentado na atividade 199		3 636 590,24	36 365 902,45									
TOTAL DO PILAR 6		3 957 721,57	3 771 932,59	4 718 795,51	3 938 281,48	3 750 982,06	3 771 932,59	3 957 721,57	3 731 541,97	4 718 795,51	3 978 672,10	40 296 376,96

PILAR 7 - Medicamentos e outras tecnologias de Saúde

1. Garantir o acesso e a disponibilidade de medicamentos, vacinas, reagentes e de outros produtos de saúde	12 586 368,33	11 517 349,53	11 523 174,79	11 696 325,73	11 523 174,79	11 527 085,74	11 873 653,33	11 527 085,74	11 523 174,79	11 696 325,73	116 993 718,47	
158	Criar e tornar funcional o Comité Nacional de Quantificação de medicamentos, reagentes de laboratório, tecnologias e Produtos de saúde.	2 556,04	639,01	639,01	639,01	639,01	639,01	2 556,04	639,01	639,01	639,01	10 224,16
159	Reforçar a rúbrica do OGE para aquisição de medicamentos, vacinas, reagentes, consumíveis e produtos de saúde	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	4 030 517,80	40 305 178,02
160	Definição do processo de atualização da lista de Medicamentos e testes essenciais.	122,45	-	-	122,45	-	-	122,45	-	-	122,45	489,80
161	Criar e Implementar os serviços de e reforçar do sistema de diagnóstico ao nível terciário tanto nas organizações dos espaços físicos dos laboratórios como Em equipamentos e capacitações de quadros equipamentos.	29 126,31	-	5 825,26	-	5 825,26	-	29 126,31	-	5 825,26	-	75 728,41
162	Implementar reuniões de trocas de experiências ao nível interdistrital.	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	604,08	6 040,82
163	Implementar o seguimento do sistema de gestão de stock ao nível central e distrital, em rede.	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	491,43	4 914,29
164	Implementar o sistema de Farmacovigilância e uso seguro de Medicamentos e vacinas	36 574,85	7 314,97	7 314,97	7 314,97	7 314,97	7 314,97	36 574,85	7 314,97	7 314,97	7 314,97	131 669,44
165	Dotar o país de mais quadros superiores em farmácia e ou ciências farmacêuticas e distribuir-los equitativamente pelos diferentes níveis de prestação de cuidados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



166	Adeir as iniciativas de melhoria gradual das qualidades dos laboratórios para acreditação dos mesmos (SLIPTA) e alocar financiamento para implementação em todos os laboratórios de saúde. REDE NACIONAL DE LAB	152 382,84	-	-	152 382,84	-	-	152 382,84	-	-	152 382,84	609 531,38
167	Estabelecer protocolos com instituições congêneres para implementação de investigações em saúde., Laboratório Nacional, Vigilância epidemiológica)	16 734,69	-	-	16 734,69	-	-	16 734,69	-	-	16 734,69	66 938,78
168	Dotar o país de mais quadros em áreas tecnológicas da saúde em formações superiores e especializações com ênfase para microbiologia, tecnologias moleculares e áreas de imageria. (RHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
169	Criar mecanismos para garantir a implementação de sistema de gestão de controlo de qualidade tanto dos medicamentos como dos exames nas áreas tecnológicas.	7 719,78	-	-	-	-	-	7 719,78	-	-	-	15 439,55
170	Criar e implementar diagnostico em microbiologia no país	92 338,33	80 334,35	80 334,35	80 334,35	80 334,35	80 334,35	92 338,33	80 334,35	80 334,35	80 334,35	827 351,48
171	Criar regulamentos para compra, doação e eliminação dos equipamentos/Ms, vacinas e produtos de saúde.	4 332,84	-	-	-	-	-	4 332,84	-	-	-	8 665,67
172	Criar mecanismos para reforçar os serviços de manutenção dos equipamentos (formação de técnicos, aquisição de aparelhos...).	9 736,21	-	-	9 736,21	-	9 736,21	-	9 736,21	-	9 736,21	48 681,06
173	Reforço dos serviços laboratoriais nos distritos e nível central com capacitação de técnicos, definição dos serviços essenciais e aquisição de mais equipamentos.	102 704,00	-	-	-	-	-	102 704,00	-	-	-	205 408,00
174	Implementar postos para doação de sangue em todos os distritos e reforçar o serviço de Banco de Sangue do HAM (capacitação, aquisição de equipamentos e materiais).	7 434 620,99	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	7 397 447,88	74 011 651,93
175	Implementar o serviço de anatomia patológica e citológica e criar parcerias no âmbito de controlo de qualidade.	665 805,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	665 805,68
2. Garantir um sistema de planificação, gestão e aprovisionamento eficiente de medicamentos e outras tecnologias de saúde		104 697,62	4 200,73	11 372,76	4 200,73	11 372,76	4 200,73	35 133,99	4 200,73	11 372,76	4 200,73	194 953,58
176	Dinamizar encontros periódicos do CNQ para análise de stock, efetuar a planificação e aquisições.	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	4 200,73	42 007,35
177	Identificar um sistema eletrónico e criar condições para capacitação e implementação do mesmo ao nível do sistema da saúde.	23 761,22	-	-	-	-	-	23 761,22	-	-	-	47 522,45
178	Restructurar o FNM para responder as necessidades atuais (rever o seu decreto-lei e elaborar o seu regulamento, estatuto) e construção de raiz de um armazém central de referência para medicamentos e outros produtos do Sistema nacional de saúde.	69 563,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69 563,63
179	Capacitar os profissionais (no nível central e periférico) em matéria de gestão de stock.	7 172,03	-	7 172,03	-	7 172,03	-	7 172,03	-	7 172,03	-	35 860,15
3. Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento		128 985,89	10 140,61	25 537,03	101 406,12	10 140,61	10 140,61	326 913,33				
180	Aprovar a proposta de lei que cria a Autoridade Reguladora de Farmácia, medicamentos, tecnologias e outros produtos de saúde (ARFAMED) (alterar a sigla).	10 360,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 360,17
181	Dotar ARFAMED de meios logísticos necessários a realização das suas tarefas.	101 406,12	10 140,61	10 140,61	10 140,61	10 140,61	10 140,61	10 140,61	101 406,12	10 140,61	10 140,61	283 937,14
182	Criar e adotar novas propostas de leis e regulamentos prioritários para o sector farmacêutico, tais como, regime jurídico dos preços de medicamentos, lei e regulamento para realização dos ensaios clínicos.	9 965,89	-	-	-	-	-	9 965,89	-	-	-	19 931,77
183	Aprovar e adotar a Política e plano estratégico Nacionais dos sectores de tecnologia da saúde principalmente os documentos de fase de validação como é a de Laboratórios (rede nacional de labs).	3 607,35	-	-	-	-	-	3 607,35	-	-	-	7 214,69
184	Rever e aprovar proposta de leis para autorização de abertura, funcionamento e encerramento de serviços tecnológicos com ênfase para áreas de apoio aos diagnósticos.	1 823,18	-	-	-	-	-	1 823,18	-	-	-	3 646,37
185	Definir normas para estratificação dos laboratórios por nível e apetrechá-los com equipamentos, reagentes e consumíveis adequados.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



186	Criar e ou aproveitar estruturas existentes no país para implementar laboratórios de saúde pública.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
187	Coordenar a monitorização intersectorial de antimicrobianos na saúde humana a fim de mitigar resistências aos ABs.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
188	Aprovar as propostas de leis, como Autorização de introdução no Mercado (AIM), Regime jurídico das Farmácias e pontos de venda.	1 823,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 823,18
4. Estabelecer parcerias com outros países da sub-região	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	99 658,86
189	Efetuar/promover as compras agrupadas de medicamentos e de outros produtos de saúde.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
190	Estabelecer protocolos para controlo de qualidade de medicamento e de outros produtos de saúde.	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	99 658,86
191	Estabelecer parcerias com universidades/ faculdades para formação de profissionais na área de farmácia e tecnologias de saúde, entre outras. (RHs)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Combater as emergências de saúde pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
192	Prever aquisições de stock de reserva de tecnologias, medicamentos e de outros produtos de saúde em situações de emergência.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
193	Criar mecanismos de colaboração com outros países da região para aquisição ou doação de medicamentos e outros produtos em situações de emergência.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DO PILAR 7	12 830 017,73	11 541 656,76	11 554 654,05	11 720 632,96	11 554 654,05	11 551 392,97	11 944 290,23	11 642 658,48	11 554 654,05	11 720 632,96	117 615 244,23		

OUTRAS ATIVIDADES

194	Operacionalizar a VIDR (vigilância integrada de doenças e resposta) em todos os Distritos Sanitários para resposta as emergências de saúde pública	66 928,71	-	66 928,71	-	66 928,71	-	66 928,71	-	66 928,71	-	-	334 643,56
195	Operacionalizar de forma permanente o FETP no país	-	44 161,23	-	-	-	-	44 161,23	-	-	-	-	88 322,47
196	Capacitar técnicos do Centro Nacional de Educação para Saúde em Comunicação de Risco e engajamento comunitário	53 440,21	-	-	53 440,21	-	-	53 440,21	-	-	-	53 440,21	213 760,85
197	Subvenção aos programas do CNE (PNLP, PNLT/ PNLS) incluindo o RSS e Covid-19 RM	2 584 030,30	-	-	2 584 030,30	-	-	2 584 030,30	-	-	-	2 584 030,30	10 336 121,20
198	Custo com o Pessoal (salários e subsídios)	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	131 680 837,96
199	Custo com Bens e Serviços	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	36 365 902,45



QUADRO ORÇAMENTAL PNDS 2023 – 2032 POR EIXOS ESTRATÉGICOS

QUADRO ORÇAMENTAL PNDS 2023 - 2032		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	TOTAL EM EUROS
		68 471 995,15	48 781 041,83	45 582 250,79	38 182 861,59	32 606 108,24	45 102 564,27	47 030 448,67	31 866 700,16	33 873 261,69	38 792 699,40	430 289 931,77
PILAR 1 - Prestação de cuidados e serviços de saúde	EIXO ESTRATÉGICO	Euros										
	1. Cuidados de Saúde (primários, secundários, intervenção a nível comunitário e terciários)	5 307 722,87	2 015 394,37	2 029 949,18	2 015 394,37	2 029 949,18	2 020 074,15	2 029 949,18	1 336 186,02	2 029 949,18	2 015 394,37	22 829 962,88
	2. Literacia em Saúde	306 599,18	6 313,47	306 599,18	6 313,47	6 313,47	306 599,18	6 313,47	6 313,47	306 599,18	6 313,47	1 264 277,55
	3. Rede de Unidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4. Transferência de doentes entre unidades prestadoras de cuidados	18 066,96	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	7 227,76	1 481,63	1 481,63	1 481,63	1 481,63	37 147,78
	5. Saúde digital em todos os níveis de cuidados	500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500
	6. Programas de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	7. Rede de Laboratórios de Saúde Pública	3 876 184,38	225 783,90	225 783,90	225 783,90	225 783,90	236 196,63	225 783,90	225 783,90	225 783,90	225 783,90	5 918 652,23
	8. Emergências de Saúde Pública	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	166 387,51	1 663 875,05
	9. Rede de cuidados continuados e paliativos	103 251,31	99 105,19	99 105,19	103 251,31	99 105,19	99 105,19	103 251,31	99 105,19	99 105,19	99 105,19	1 007 636,41
Valor das atividades (194, 195, 196 e 197)		2 704 399,22	44 161,23	66 928,71	2 637 470,51	66 928,71	-	2 748 560,46	-	66 928,71	2 637 470,51	10 972 848,07
TOTAL DO PILAR 1		12 483 111,45	2 558 627,31	2 896 235,31	5 156 082,71	2 595 949,59	2 835 590,41	5 281 727,46	1 835 257,72	2 896 235,31	5 156 082,71	43 694 899,97
PILAR 2 - Liderança, Governação e Parceria	1. Criação de políticas para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde	3 109,39	2 823,67	2 823,67	2 823,67	2 823,67	2 823,67	3 109,39	2 823,67	2 823,67	2 823,67	28 808,16
	2. Reforço das capacidades institucionais, técnicas de planificação e gestão do Ministério da Saúde	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	4 002,45	40 024,49
	3. Criação de mecanismos para aplicação das Leis de Serviços da Saúde	8 205,31	366 694,80	-	-	-	-	13 440,41	-	-	-	388 340,51
	4. Promoção de uma governação mais participativa do Sistema de Saúde	2 582,86	2 577,96	2 577,96	2 582,86	2 577,96	2 577,96	2 582,86	2 577,96	2 577,96	2 582,86	25 799,18
	5. Ação sobre os determinantes da saúde, conduzindo o diálogo intersectorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	6. Ampliação e melhoria da acessibilidade a serviços de saúde, de qualidade	29 281,26	-	-	-	-	-	29 281,26	-	-	-	58 562,52
	7. Criação de mecanismos de sustentabilidade financeira dos serviços de saúde	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	179,59
	8. Criação de mecanismos de avaliação do desempenho organizacional	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	439,18	4 391,84
TOTAL DO PILAR 2		47 638,40	376 556,02	9 861,22	9 866,12	9 861,22	9 861,22	52 873,51	9 861,22	9 861,22	9 866,12	546 106,30



PILAR 3 - Recursos Humanos da Saúde	1. Reforço da governança e capacidade de liderança dos Recursos Humanos da Saúde	11 739 066,34	11 708 989,10	11 714 860,21	-	5 871,11	11 717 904,83	5 871,11	-	5 871,11	-	46 898 433,80
	2. Promoção da formação dos recursos humanos e melhoria do seu nível de competência	32 466,07	6 000,00	15 691,78	6 000,00	15 731,37	6 000,00	32 426,47	6 039,59	15 691,78	6 000,00	142 047,06
	3. Disponibilidade e distribuição adequadas de profissionais de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Custo com o Pessoal (salários e subsídios) 198	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	13 168 083,80	131 680 837,96
	TOTAL DO PILAR 3	24 939 616,20	24 883 072,90	24 898 635,79	13 174 083,80	13 189 686,28	24 891 988,62	13 206 381,38	13 174 123,39	13 189 646,68	13 174 083,80	178 721 318,82
PILAR 4 - Infraestruturas, equipamentos e manutenção	1. Aumento da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos	14 104 266,89	4 980 890,31	1 390 708,67	4 102 271,94	1 390 708,67	1 390 708,67	12 473 695,92	1 390 708,67	1 390 708,67	4 102 271,94	46 716 940,36
	2. Implementação do plano de aquisição e manutenção de equipamentos móveis e imóveis do sistema de saúde	50 832,24	50 433,88	50 433,88	50 433,88	50 433,88	50 433,88	50 832,24	50 433,88	50 433,88	50 433,88	505 135,51
	TOTAL DO PILAR 4	14 155 099,13	5 031 324,18	1 441 142,55	4 152 705,82	1 441 142,55	1 441 142,55	12 524 528,16	1 441 142,55	1 441 142,55	4 152 705,82	47 222 075,87
PILAR 5 - Sistema de Informação e Investigação em Saúde	1. Reforço da governança e da coordenação do SIS	17 228,74	36 713,21	19 583,82	23 866,17	19 583,82	20 403,15	19 583,82	23 866,17	19 583,82	20 403,15	220 815,87
	2. Reforço do SIS	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	40 474,58	4 474,58	224 745,80
	3. Expansão do processo único para todo o sistema nacional de saúde	-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	-	-	-	572 910,20	1 718 730,61
	4. Capacitação dos quadros da saúde no uso e na importância de um sistema de informação em saúde	-	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	1 780,61	16 025,51
	5. Assegurar a interoperabilidade entre o SIS e os diversos sistemas/subsistemas	1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	1 993,47	1 087,35	1 087,35	13 591,84
	6. Integração de todos os dados numa plataforma única	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL DO PILAR 5	58 790,67	617 872,07	62 926,36	31 208,71	63 832,48	600 655,89	62 926,36	32 114,83	62 926,36	600 655,89	2 193 909,62
PILAR 6 - Financiamento da Saúde	1. Estabelecimento de arranjos institucionais para a contribuição de todas as famílias para um fundo comum	42 738,86	39 364,90	40 565,43	41 538,33	40 565,43	39 364,90	42 738,86	39 364,90	40 565,43	41 538,33	408 345,35
	2. Aumento da contribuição do orçamento público para a saúde	173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	33 148,41	33 148,41	173 336,36	892 235,89
	3. Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento	64 378,13	40 390,62	-	64 378,13	-	40 390,62	64 378,13	-	-	104 768,76	378 684,40
	4. Aumento da confiança no sistema de financiamento público	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	19 728,87	2 501,61	111 152,40
	5. Dotação das instituições de saúde de maior autonomia em gestão financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	6. Definição de pacotes de benefícios	1 012,30	-	904 551,70	-	1 012,30	-	1 012,30	-	904 551,70	-	1 812 140,30
	7. Revisão dos modelos de pagamentos das formações em saúde	3 936,81	3 936,81	68 210,86	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	3 936,81	68 210,86	3 936,81	167 916,18
	8. Uso de informações e realização de estudos para orientação das decisões de financiamento em saúde	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	16 000,00	160 000,00
	Valor acrescentado na atividade 199	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	3 636 590,24	36 365 902,45
	TOTAL DO PILAR 6	3 957 721,57	3 771 932,59	4 718 795,51	3 938 281,48	3 750 982,06	3 771 932,59	3 957 721,57	3 731 541,97	4 718 795,51	3 978 672,10	40 296 376,96



PILAR 7 - Medicamentos e outras tecnologias de Saúde	1. Garantir o acesso e a disponibilidade de medicamentos, vacinas, reagentes e de outros produtos de saúde	12 586 368,33	11 517 349,53	11 523 174,79	11 696 325,73	11 523 174,79	11 527 085,74	11 873 653,33	11 527 085,74	11 523 174,79	11 696 325,73	116 993 718,47
	2. Garantir um sistema de planificação, gestão e a provisão eficiente de medicamentos e outras tecnologias de saúde	104 697,62	4 200,73	11 372,76	4 200,73	11 372,76	4 200,73	35 133,99	4 200,73	11 372,76	4 200,73	194 953,58
	3. Mobilização do apoio externo para apoiar o estabelecimento de um sistema de financiamento	128 985,89	10 140,61	10 140,61	10 140,61	10 140,61	10 140,61	25 537,03	101 406,12	10 140,61	10 140,61	326 913,33
	4. Estabelecer parcerias com outros países da sub-região	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	9 965,89	99 658,86
	5. Combater as emergências de saúde pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL DO PILAR 7	12 830 017,73	11 541 656,76	11 554 654,05	11 720 632,96	11 554 654,05	11 551 392,97	11 944 290,23	11 642 658,48	11 554 654,05	11 720 632,96	117 615 244,23

QUADRO ESTIMATIVO DOS CUSTOS ANUAIS DO PNDS 2023-2032 - CENÁRIO NORMAL

PILARES	DISTRIBUIÇÃO ANUAL DO CUSTO EM EUROS										TOTAL
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	
PILAR 1 - Prestação de cuidados e serviços de saúde	12 483 111,45	2 558 627,31	2 896 235,31	5 156 082,71	2 595 949,59	2 835 590,41	5 281 727,46	1 835 257,72	2 896 235,31	5 156 082,71	43 694 899,97
PILAR 2 - Liderança, Governação e Parceria	47 638,40	376 556,02	9 861,22	9 866,12	9 861,22	9 861,22	52 873,51	9 861,22	9 861,22	9 866,12	546 106,30
PILAR 3 - Recursos Humanos da Saúde	24 939 616,20	24 883 072,90	24 898 635,79	13 174 083,80	13 189 686,28	24 891 988,62	13 206 381,38	13 174 123,39	13 189 646,68	13 174 083,80	178 721 318,82
PILAR 4 - Infraestruturas, equipamentos e manutenção	14 155 099,13	5 031 324,18	1 441 142,55	4 152 705,82	1 441 142,55	1 441 142,55	12 524 528,16	1 441 142,55	1 441 142,55	4 152 705,82	47 222 075,87
PILAR 5 - Sistema de Informação e Investigação em Saúde	58 790,67	617 872,07	62 926,36	31 208,71	63 832,48	600 655,89	62 926,36	32 114,83	62 926,36	600 655,89	2 193 909,62
PILAR 6 - Financiamento da Saúde	3 957 721,57	3 771 932,59	4 718 795,51	3 938 281,48	3 750 982,06	3 771 932,59	3 957 721,57	3 731 541,97	4 718 795,51	3 978 672,10	40 296 376,96
PILAR 7 - Medicamentos e outras tecnologias de Saúde	12 830 017,73	11 541 656,76	11 554 654,05	11 720 632,96	11 554 654,05	11 551 392,97	11 944 290,23	11 642 658,48	11 554 654,05	11 720 632,96	117 615 244,23
TOTAL	68 471 995,15	48 781 041,83	45 582 250,79	38 182 861,59	32 606 108,24	45 102 564,27	47 030 448,67	31 866 700,16	33 873 261,69	38 792 699,40	430 289 931,77



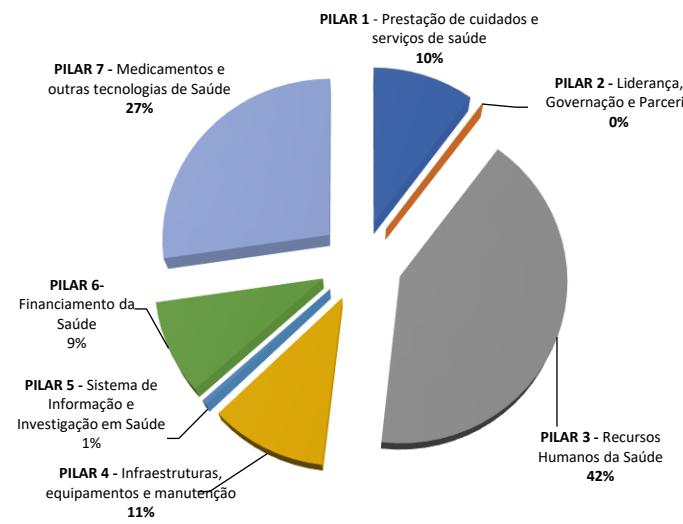


Gráfico I - Distribuição percentual, por pilar, do custo do PNDS, no cenário normal.

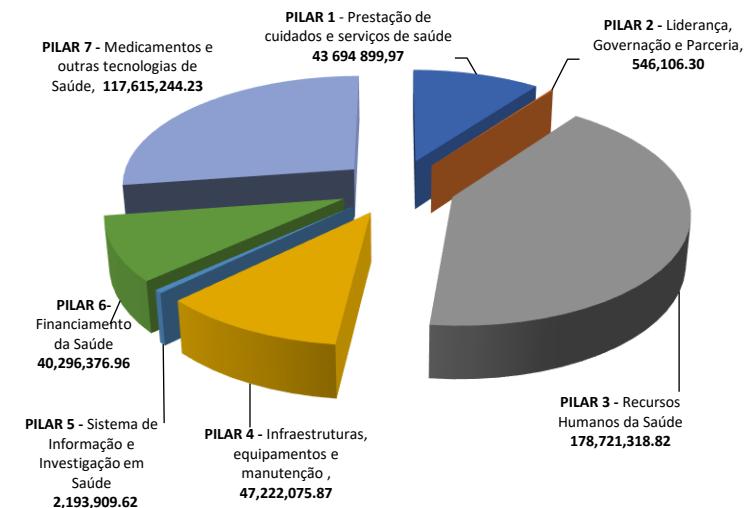


Gráfico II - Distribuição do valor em euros, por pilar, do custo do PNDS, no cenário normal.

QUADRO ESTIMATIVO DOS CUSTOS ANUAIS DO PNDS 2023-2032 - CENÁRIO MÉDIO COM INFLAÇÃO DE 10%

PILARES	DISTRIBUIÇÃO ANUAL DO CUSTO EM EUROS										TOTAL
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	
PILAR 1 - Prestação de cuidados e serviços de saúde	12 607 942,56	2 584 213,58	2 925 197,66	5 207 643,54	2 621 909,09	2 863 946,32	5 334 544,74	1 853 610,30	2 925 197,66	5 207 643,54	44 131 848,97
PILAR 2 - Liderança, Governação e Parceria	48 114,79	380 321,58	9 959,84	9 964,78	9 959,84	9 959,84	53 402,24	9 959,84	9 959,84	9 964,78	551 567,36
PILAR 3 - Recursos Humanos da Saúde	25 189 012,36	25 131 903,63	25 147 622,14	13 305 824,63	13 321 583,14	25 140 908,51	13 338 445,19	13 305 864,62	13 321 543,15	13 305 824,63	180 508 532,01
PILAR 4 - Infraestruturas, equipamentos e manutenção	14 296 650,12	5 081 637,43	1 455 553,98	4 194 232,87	1 455 553,98	1 455 553,98	12 649 773,44	1 455 553,98	1 455 553,98	4 194 232,87	47 694 296,63
PILAR 5 - Sistema de Informação e Investigação em Saúde	59 378,58	624 050,79	63 555,62	31 520,79	64 470,81	606 662,45	63 555,62	32 435,98	63 555,62	606 662,45	2 215 848,72
PILAR 6 - Financiamento da Saúde	3 997 298,79	3 809 651,92	4 765 983,46	3 977 664,29	3 788 491,88	3 809 651,92	3 997 298,79	3 768 857,39	4 765 983,46	4 018 458,82	40 699 340,73
PILAR 7 - Medicamentos e outras tecnologias de Saúde	12 958 317,90	11 657 073,33	11 670 200,59	11 837 839,29	11 670 200,59	11 666 906,90	12 063 733,13	11 759 085,07	11 670 200,59	11 837 839,29	118 791 396,67
TOTAL	69 156 715,10	49 268 852,25	46 038 073,30	38 564 690,20	32 932 169,32	45 553 589,91	47 500 753,15	32 185 367,16	34 211 994,30	39 180 626,39	434 592 831,09



QUADRO ESTIMATIVO DOS CUSTOS ANUAIS DO PNDS 2023-2032 - CENÁRIO MÁXIMO COM INFLAÇÃO DE 25%

PILARES	DISTRIBUIÇÃO ANUAL DO CUSTO EM EUROS										TOTAL
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	
PILAR 1 - Prestação de cuidados e serviços de saúde	15 603 889,31	3 198 284,13	3 620 294,14	6 445 103,39	3 244 936,99	3 544 488,02	6 602 159,33	2 294 072,15	3 620 294,14	6 445 103,39	54 618 624,97
PILAR 2 - Liderança, Governação e Parceria	59 548,01	470 695,03	12 326,53	12 332,65	12 326,53	12 326,53	66 091,88	12 326,53	12 326,53	12 332,65	682 632,87
PILAR 3 - Recursos Humanos da Saúde	31 174 520,25	31 103 841,12	31 123 294,73	16 467 604,74	16 487 107,84	31 114 985,78	16 507 976,72	16 467 654,23	16 487 058,36	16 467 604,74	223 401 648,53
PILAR 4 - Infraestruturas, equipamentos e manutenção	17 693 873,92	6 289 155,23	1 801 428,19	5 190 882,27	1 801 428,19	1 801 428,19	15 655 660,20	1 801 428,19	1 801 428,19	5 190 882,27	59 027 594,83
PILAR 5 - Sistema de Informação e Investigação em Saúde	73 488,34	772 340,09	78 657,95	39 010,88	79 790,60	750 819,86	78 657,95	40 143,54	78 657,95	750 819,86	2 742 387,03
PILAR 6 - Financiamento da Saúde	4 947 151,96	4 714 915,74	5 898 494,39	4 922 851,85	4 688 727,58	4 714 915,74	4 947 151,96	4 664 427,46	5 898 494,39	4 973 340,13	50 370 471,20
PILAR 7 - Medicamentos e outras tecnologias de Saúde	16 037 522,16	14 427 070,95	14 443 317,56	14 650 791,20	14 443 317,56	14 439 241,21	14 930 362,79	14 553 323,10	14 443 317,56	14 650 791,20	147 019 055,29
TOTAL	85 589 993,94	60 976 302,29	56 977 813,48	47 728 576,98	40 757 635,30	56 378 205,33	58 788 060,83	39 833 375,20	42 341 577,11	48 490 874,25	537 862 414,72



IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Development Program, São Tomé e Príncipe; (acedido em Agosto de 2022); Disponível em <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/STP>
2. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística; (acedido em Agosto de 2022); Disponível em <http://www.ine.st/index.php/publicacao/documentos>.
3. Child-Related SDG Progress Assessment for Sao Tome and Principe, Unicef Data; (acedido em Outubro de 2022); Disponível em <https://data.unicef.org/sdgs/country/stp>.
4. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Política Nacional de Saúde 2022 - 3032*, 2022
5. Banco Mundial - São Tomé e Príncipe - aspetos gerais; (acedido em Agosto de 2022); Disponível em <http://www.worldbank.org/pt/country/saotome/overview>.
6. United Nations; *COVID-19 Socio-Economic Recovery Plan - São Tomé e Príncipe*, 2020
7. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Anuário Estatístico da Saúde 2021*, 2021
8. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística, Fundo das Nações Unidas para a Infância; *Inquérito de Indicadores Múltiplos 2019 - Relatório final*, 2020.
9. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde; *Plano estratégico nacional de saúde reprodutiva 2019 - 2023*.
10. Helpo, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, Serviço de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências do Ministério da Saúde de Portugal, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; *População Materno-Infantil sem álcool em São Tomé e Príncipe*, 2021
11. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística; *Inquérito de Indicadores Múltiplos 2014 - Relatório final*, 2016.
12. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde; *Relatório de Missão de apoio à cobertura sanitária universal em São Tomé e Príncipe*, 2021
13. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância; *Inquérito Nacional de Vacinação 2017*
14. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Gavi; *Narrativa para a Teoria da Mudança em vista de um pedido de suporte da Gavi*, 2022
15. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Centro Nacional de Endemias, *Plano Nacional de luta contra o paludismo - relatório*, 2021
16. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Programa Nacional de luta contra doenças tropicais negligenciadas, *Balanço das atividades realizadas no âmbito de luta contra doenças tropicais negligenciadas durante o ano 2021 - relatório*, 2022
17. World Health Organization, Burns; (acedido em Setembro de 2022); Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>.
18. Fundo das Nações Unidas para a Infância, *Comportamentos, Atitudes e Práticas/CAP-EEPAJ*, 2016
19. São Tomé e Príncipe: Fundo das Nações Unidas para a Infância, *Expectativas, problemas e aspirações dos jovens e adolescentes - São Tomé e Príncipe*, 2017



20. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, OMS, INE; *Relatório de estudo sobre os principais fatores de riscos relacionados com as doenças não transmissíveis em São Tomé e Príncipe – Inquérito STEPS 2019, 2021*
21. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, OMS; Relatório de Contas de Saúde 2016 & 2017, 2020
22. São Tomé e Príncipe: CNE; Análise da situação epidemiológica do paludismo em São Tomé e Príncipe, de 1 de janeiro a 28 de fevereiro 2022, Março 2022
23. São Tomé e Príncipe: CNE - Programa Nacional de Luta contra doenças tropicais negligenciadas, Relatório do inquérito/avaliação da transmissão de Filaríase Linfática, Junho 2022
24. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Programa Nacional de luta contra a tuberculose e VIH/SIDA, *Relatório anual das Atividades 2021, 2022*
25. Banco Mundial, *Unemployment in São Tomé & Príncipe*, (acedido em Agosto de 2022); Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS>.
26. Nações Unidas, Anual results report - Sao Tome and Principe 2021, 2022
27. Nações Unidas: PNUD, Gender Development Index, (acedido em Setembro de 2022); Disponível em: <http://hdr.undp.org/gender-development-index#/indicies/GDI>.
28. United Nations Populations Fund: Dashboard Sao Tome and Principe, (acedido em Setembro de 2022); Disponível em: <http://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>.
29. OMS, Resumo da avaliação económica do FNM, Setembro 2022.
30. Observatório Africano Integrado, (acedido em Outubro de 2022); Disponível em: <https://aho.afro.who.int>.
31. São Tomé e Príncipe, Plano de Ação Nacional de Segurança Sanitária, Novembro de 2021
32. São Tomé e Príncipe, OMS, Avaliação externa conjunta das principais capacidades do RSI, Maio de 2019
33. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, *Direção de Vigilância Epidemiológica*, 2020.
34. São Tomé e Príncipe: Ministério da Saúde, Departamento de vigilância epidemiológica, OMS, Boletim nº101, 26 de Agosto de 2022



