

**Swiss TPH**



Swiss Tropical and Public Health Institute  
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut  
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

**Swiss Centre for International Health**

*GAVI*

# **Relatório de Avaliação de Capacidades do Programa (PCA)**

## **República Democrática de São Tomé & Príncipe**

17 de Julho de 2017

# Contacts



Associated Institute of the University of Basel

Swiss Tropical and Public Health Institute  
Socinstrasse 57  
P.O. Box  
4002 Basel  
Switzerland

[www.swisstph.ch](http://www.swisstph.ch)

Dr. Odile Pham-Tan  
Head of Unit  
Swiss Centre for International Health  
Systems Performance and Monitoring Unit  
T: +41 61 284 83 24  
E-mail: [odile.phamtan@unibas.ch](mailto:odile.phamtan@unibas.ch)

## Aviso

*Este relatório foi fornecido como complemento ao documento de Requisitos de Gestão da Subvenção (Grant Management Requirements – GMR), e poderá não ser adequado para utilização noutros contextos.*

*Este relatório foi produzido para a GAVI, mediante o pedido e consoante as instruções da GAVI, emitido e financiado pela GAVI, e como tal é propriedade da GAVI para seu uso interno. Consequentemente, este relatório não deverá ser utilizado com nenhum outro objetivo ou partilhado com outras entidades sem o prévio consentimento por escrito da GAVI. Este relatório não deve ser invocado ou servir de base a nenhuma outra entidade que não a GAVI. Por conseguinte, com a máxima abrangência permitida por lei, nem a GAVI nem os seus assessores envolvidos na produção deste relatório poderão ser responsabilizados legalmente por quaisquer consequências ou danos que possam vir a ser causados pelo uso deste relatório por qualquer outra entidade.*

# Índice

1. Introdução .....	6
1.1 Apoio da GAVI a São Tomé & Príncipe – uma visão geral .....	6
1.2 Objectivos da avaliação de capacidades do programa .....	6
1.3 Organização da Avaliação de Capacidades do Programa em São Tomé & Príncipe..	6
2. Capacidade de Gestão do Programa ( <i>Program Management Capacity - PMC</i> ) .....	6
2.1 Cooperação internacional e monitorização do programa da GAVI .....	6
2.1.1 O papel do Comité de Coordenação Inter- Agências ( <i>Inter- Agency Coordinating Committee - IACC</i> ).....	6
2.1.2 Coorenação entre os parceiros de desenvolvimento.....	8
2.2 Organização e Recursos Humanos ao nível do Program Alargado de Imunização ( <i>Extended Programme for Immunisation – EPI</i> ) .....	10
2.3 O Sistema de Informação Sanitária ( <i>Health Information System – HIS</i> ) .....	14
2.4 Sistemas e processos para seguimento e avaliação.....	16
2.5 Actividades de comunicação e envolvimento da comunidade .....	17
3. Capacidade de Gestão Financeira ( <i>Financial Management Capacity - FMC</i> ) .....	17
3.1. Estrutura Organizacional e Recursos Humanos.....	18
3.2. Escolha do Mecanismo de Financiamento .....	19
3.3. Sistema contabilístico e de reporte financeiro .....	22
3.4. Sistemas de controlo interno .....	22
3.5 Gestão de activos fixos.....	24
3.6 Disposições em matéria de auditoria.....	25
3.7 Viabilidade e capacidade de absorção orçamental .....	26
4. Compras e gestão de fornecimentos .....	28
4.1 Gestão de Vacinas e da cadeia de frio ( <i>Vaccine and Cold Chain Management - VCCM</i> ).....	28
4.1.1 Progressos alcançados ao nível do Plano de Melhorias .....	28
4.1.2 Visitas aos diferentes níveis da cadeia de fornecimentos .....	31
4.2 Aquisições de outros produtos que não vacinas .....	35

## Abreviaturas e Acrónimos

AFAP	Agência Fiduciária de Administração de Projectos
ASC	Agentes de Saúde Comunitária
BCG	Bacillus-Calmette-Guérin
BISTP	Banco Internacional São Tome e Principe
CCM	Country Coordinating Mechanisms
CNE	Centro Nacional de Endemias
EIB	European Investment Bank
EITI	Extractive Industries Transparency Initiative
EPI	Expanded Programme on Immunisation
EVM	Effective Vaccine Management
FAR	Fixed Asset Register
FMC	Financial Management Capacity
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GF	The Global Fund/ Fundo Global
GMR	Grant Management Requirements
HACT	Harmonized Approach to Cash Transfers
HIS	Health Information System
HSS	Health System Strengthening
IACC	Inter-Agency Coordinating Committee
NFM	New Funding Model
ONG	Organização Não Governamental
PASS	Social Sector Support Project
PCA	Programme Capacity Assessment
PFA	Partnership Framework Agreement
PMC	Programme Management Capacity
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde
PR	Principal Recipient / Beneficiário Principal
PSI	Programa de Saúde Reprodutiva
SAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado

SR	Sub Recipient / Sub Beneficiário
STP	São Tomé e Príncipe
ToRs	Termos de Referência
UGEL	Unidade de Gestao de Licitação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para Actividades Populacionais
UNICEF	The United Nations Children Fund
VAR	Vaccine Arrival Report
VCCM	Vaccine and Cold Chain Management
VVM	Vaccine Vial Monitor
WB	The World Bank / Banco Mundial
OMS	Organização Mundial de Saúde

## **1. Introdução**

### **1.1 Apoio da GAVI a São Tomé & Príncipe – uma visão geral**

#### **1.2 Objectivos da avaliação de capacidades do programa**

A Avaliação de Capacidades do Programa (PCA – *Programme Capacity Assessment*) trata-se de uma ferramenta introduzida recentemente pela Aliança Mundial para as Vacinação e Imunização (GAVI) com o objetivo de aumentar a eficácia do apoio fornecido aos países receptores de ajuda. O objetivo deste tipo de exercício consiste em avaliar a modalidade de financiamento (actual ou proposta) para o recebimento de subvenções pecuniárias, assim como o grau de robustez e transparência das estruturas no país responsáveis pela utilização dos apoios fornecidos pela GAVI, sejam elas do tipo pecuniário ou vacinas ou serviços relacionados com vacinas. Em muitos casos o fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) assume um papel chave nos programas nacionais de vacinação, uma vez que a GAVI desembolsa para a UNICEF os fundos destinados à compra de vacinas.

Uma das partes do processo de avaliação de capacidades do programa consiste na necessidade de recolher informações sobre os sistemas públicos de gestão financeira e de programas que sejam relevantes para a gestão das subvenções. O conhecimento destes sistemas permite identificar potenciais riscos ou fragilidades sistémicas e facilitará a formulação de recomendações com o objetivo de reforçar a qualidade e eficácia da gestão dos apoios da GAVI ao país.

Com base nos resultados e constatações do PCA a GAVI irá chegar a acordo com o governo sobre as modalidades de financiamento a ser incluídas no documento das Condições de Gestão da Subvenção (GMR - Grant Management Requirements).

#### **1.3 Organização da Avaliação de Capacidades do Programa em São Tomé & Príncipe**

O PCA de São Tomé & Príncipe foi composto por três fases: uma revisão documental inicial efectuada de 13 de Abril a 2 de Maio de 2016; uma avaliação *in-loco* que ocorreu de 19 a 25 de Maio de 2016 em São Tomé e Príncipe; e a elaboração do relatório final que foi efectuada de 26 de Maio a 14 de Junho de 2016.

## **2. Capacidade de Gestão do Programa (*Program Management Capacity - PMC*)**

### **2.1 Cooperação internacional e monitorização do programa da GAVI**

#### **2.1.1 O papel do Comité de Coordenação Inter- Agências (*Inter- Agency Coordinating Committee - IACC*)**

No que concerne à cooperação bilateral com São Tomé e Príncipe (STP), o parceiro mais importante durante os últimos 17 anos tem sido a Cooperação Taiwanesa. Esta tem investido, entre outras áreas, em infraestrutura, medicamentos, formação e também na luta contra a malária. A cooperação portuguesa e a cooperação brasileira estão também bastante activas na área da saúde.

No que diz respeito à ajuda multilateral, os principais actores têm sido o Fundo Global (GF - *the Global Fund ATM*), o Banco Mundial (WB - *World Bank*), a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para Actividades Populacionais (FNUAP) e a GAVI. O GF tem vindo a apoiar o país desde 2004, tendo investido durante este período aproximadamente um total de 30

milhões de dólares americanos. O GF já implementou um programa de fortalecimento dos sistemas de saúde e demonstrou interesse em desenvolver novas parcerias nesta área. Várias das suas iniciativas, cujo objetivo é essencialmente apoiar a luta contra o paludismo, HIV/SIDA e tuberculose, têm tido um impacto que extravasa o domínio da luta contra estas três doenças, e seria positivo e benéfico que fossem coordenadas com as atividades de outros parceiros de ajuda ao desenvolvimento como a GAVI.

Não existe um Comité de Coordenação do Sistema de Saúde em STP e o Comité de Coordenação Inter-Agências (IACC) não aparenta assumir um papel muito proativo, sendo mais reativo. A título de exemplo, não foram encontradas evidências de que o IACC faça algum tipo de advocacia pelo Programa de Imunização Alargado (EPI – *Extended Programme on Immunisation*) ou que assuma um papel ativo na monitorização. Correntemente, as suas funções incluem a autorização de candidaturas a novas subvenções e, quando necessário, reúne-se para aprovar planos e orçamentos relacionados com as mesmas. Portanto, reúne-se apenas ocasionalmente e de uma forma irregular, fundamentalmente quando é necessário tomar alguma decisão ou assinar algum documento. Não existem termos de referência (ToRs – *terms of reference*) escritos para o IACC. Os seus membros consistem basicamente em representantes dos Ministros da Saúde e das Finanças, bem como representantes dos mais diversos parceiros de desenvolvimento, nomeadamente da UNICEF, OMS, FNUAP e PNUD, sendo bastante semelhante na composição ao Mecanismo de Coordenação do País (CCM- *Country Coordination Mechanism*) utilizado no âmbito das subvenções do Fundo Global (GF).

No entanto, noutros aspectos os dois comités são bastante diferentes. O CCM tem que se reger pelas regras e restrições impostas pelo GF. O CCM foi inicialmente fundado em STP em 2004, contudo, no seguimento de uma visitada dois consultores do GF em 2015, foi iniciada uma reforma de fundo com o intuito de assegurar a conformidade do CCM de STP com as normas do GF. A partir de 2015 o CCM tem tido apoio sobre a forma de assistência técnica: um secretário permanente assistido por um oficial administrativo e financeiro, ambos sob um contrato com a duração de um ano.

Foi adotado um Plano de Melhorias e instalou-se um comité de transição. Neste momento a nova estrutura já se encontra aprovada pelo CCM e foram estabelecidos um comité executivo composto por seis membros e três subcomités: monitorização programática, governança e gestão de conflitos de interesse, e um grupo *ad-hoc* para apresentação de propostas. Estão a ser elaborados um manual de governança e um novo regulamento de gestão de conflito de interesses. Os aspectos relacionados com a gestão financeira estão sob a gestão do PNUD, que é o beneficiário principal das subvenções do GF.

O ultimo passo desta reforma será a renovação dos membros constituintes do CCM, que irá tomar parte dentro de pouco tempo. Passarão a existir 28 membros mais os respectivos suplentes, e os membros deverão incluir representantes de vários grupos, tais como pessoas vivendo com HIV/SIDA, famílias de pessoas infectadas com tuberculose, associações de pacientes, sector privado, etc.

Porém, é evidente que como resultado da profunda reestruturação do CCM, a sua futura composição (com grande peso de grupos alvo específicos) será relativamente diferente da atual e como tal provavelmente menos relevante para os serviços de imunização. Neste momento, é o secretariado do CCM que fornece apoio técnico para o IACC, mas apesar

deste facto e das semelhanças que existem na composição dos dois grupos de coordenação, a sua forma de funcionamento é bastante diferente.

Foi discutida a possibilidade de acumulação/fusão de ambos os comités, o que seria efetivamente permitido dentro dos regulamentos do GF. No entanto existem percepções dissonantes no que respeita às vantagens provenientes dessa fusão. Tornar-se parte da estrutura do CCM traria a clara vantagem ao IACC de passar a ter reuniões regulares e estatutos e regras de funcionamento definidas. Por outro lado, a nova composição de membros do CCM e pontos principais de interesse seriam bastante diferentes dos do IACC e menos focalizados nas temáticas da imunização.

Outra alternativa poderia ser um IACC consideravelmente reduzido, constituído apenas por altos cargos do Ministério da Saúde e representantes dos parceiros de desenvolvimento que estão mais diretamente envolvidos nas questões de imunização, por exemplo a UNICEF, a OMS e possivelmente o FNUAP. Caso se constituísse um comité deste tipo seria necessário elaborar ToRs bem definidos e um calendário fixo para reuniões periódicas, provavelmente trimestrais, com exceção de quaisquer reuniões *ad-hoc* adicionais que pudessem vir a ser necessárias.

### **2.1.2 Coorenação entre os parceiros de desenvolvimento**

Um dos grandes problemas do actual mecanismo é a ausencia de coordenacao efectiva entre as contribuições dos diferentes parceiros de desenvolvimento. De facto, parecem existir casos de duplicação e sobreposição de contribuições. Um exemplo claro desta situação é o caso dos equipamentos informáticos para o desenvolvimento dos Sistemas de Informação para a Saúde (HIS – *Health Information System*). No início da década de 2000, a OMS comprou um servidor e computadores com o intuito de emprestar alguma coerência ao sistema de informação da saúde. Algum tempo após, no âmbito do Projecto de Apoio ao Sector Social (PASS – *Social Sector Support Project*) comprou outro servidor e um conjunto de computadores. Mais recentemente, o Fundo Global financiou um servidor e computadores para as unidades de saúde incluindo um sistema de *dropbox*. O Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) financiou um servidor para armazenamento de dados de saúde materna e infantil e uma panóplia de outros doadores terão também comprado diversos computadores para os distritos e unidades de saúde. De acordo com as informações recebidas nas entrevistas efectuadas, pelo menos seis doadores terão comprado servidores, e outros tantos terão financiado computadores para as unidades de saúde distritais e postos de saúde. É de salientar que a GAVI também planeia comprar computadores para o programa EPI. Adicionalmente, o cenário parece ser semelhante no que concerne a motorizadas e possivelmente outros veículos.

É sem dúvida positivo que os diversos parceiros de desenvolvimento estejam interessados em providenciar apoio para o HIS, no entanto é essencial que estes diversos canais sejam racionalizados e integrados no processo de planeamento da saúde em STP, para evitar duplicações e falhas de planeamento ou necessidades por suprir. Neste contexto, é importante sublinhar que os mecanismos de planeamento da saúde estão em completa desordem e, de facto, neste momento a secção de planeamento da saúde apenas possui um economista da saúde. Existem já outros três postos definidos para uma nova secção de planeamento da saúde, contudo até ao momento não existem planos escritos e o seu



posicionamento em termos institucionais parece ainda não estar completamente decidido. Tendo em conta que o processo de planeamento e a gestão de dados estão profundamente interligados, é de esperar que estes dois serviços se encontrem associados intimamente. Porém, neste momento, o HIS em STP é a fonte de diversos problemas e é apenas semi-funcional (ver secção abaixo). A reestruturação e reposicionamento do HIS no organigrama do Ministério da Saúde têm de ser consideradas das principais prioridades, pelo que se torna lógico que o futuro dos dois departamentos seja considerado em conjunto.

### **Constatações**

- 1) O IACC não é proativo e apenas se reúne de forma irregular quando são necessárias decisões ou assinaturas. Adicionalmente, não exerce qualquer tipo de supervisão de forma efectiva.
- 2) Ao nível da coordenação de parceiros de desenvolvimento, foi observada uma ausência de coordenação que leva à sobreposição e duplicação de esforços, mas também a que existam necessidades por suprir.

### **Recomendações**

#### 1) Organização do IACC

A organização do IACC deve ser revista. Existem duas possibilidades:

- a) Anexar o IACC ao CCM reestruturado. No entanto, com a nova constituição de membros e falta de foco específico na área da imunização do CCM, esta opção poder ser viável no sentido de fortalecimento dos sistemas de saúde, mas não será a mais efectiva no que respeita aos problemas da imunização.
- b) A constituição de um comité mais reduzido, constituído por alguns representantes do Ministério da Saúde e mais dois ou três parceiros de desenvolvimento chave. Um comité com esta constituição poderia focar-se na temática da imunização e teria os conhecimentos necessários para o efeito.

#### 2) Coordenação entre os parceiros de desenvolvimento

- a) É necessário melhorar os mecanismos de coordenação existentes. Uma possibilidade seria a criação do gabinete de aconselhamento técnico, tal como previsto no Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS/ NHDP – *National Health Development Plan*), cujo objetivo inicial era precisamente a coordenação entre parceiros de desenvolvimento. Esta solução deverá ser elaborada em estreita colaboração com o novo mecanismo de planeamento proposto, que é de interesse primordial para os parceiros de desenvolvimento no que respeita às suas contribuições para o sistema.
- b) Inventarização do equipamento existente: o Ministério da Saúde deverá levar a cabo um processo de inventário completo, em colaboração com os outros parceiros de desenvolvimento (PNUD, UNICEF, OMS, etc.), e, abrangendo todas as unidades de saúde identificar os níveis de equipamento correntemente disponíveis (incluindo computadores e veículos motorizados), o seu estado de conservação, bem como estimativas de necessidades futuras de equipamentos adicionais.

## **2.2 Organização e Recursos Humanos ao nível do Program Alargado de Imunização (Extended Programme for Immunisation – EPI)**

O programa EPI foi lançado em 1979, e tendo em conta a opinião das pessoas entrevistadas no seio da organização, é considerado o programa melhor sucedido no sector da saúde no país. Tem uma estrutura organizacional bem definida, estando neste momento sob a alçada do Programa de Saúde Reprodutiva (PSI/RHP – Reproductive Health Programme), que por sua vez faz parte da Direcção de Cuidados de Saúde, uma das duas principais direcções dentro do Ministério da Saúde.

Foram expressas dúvidas sobre se a actual dependência institucional do programa EPI do PSI corresponde à estrutura mais desejável. Uma vez que o GF planeia financiar proximamente a implementação de um Data Center no interior do CNE (Centro Nacional de Endemias), uma estrutura que aliás desempenha um papel preponderante na área da prevenção de doenças, poderá fazer sentido associar o Programa EPI com este data center, e ligar o departamento HIS reestruturado, e possivelmente o departamento de planeamento para a saúde a este cluster (ver também a próxima secção sobre o HIS).

O EPI tem neste momento quatro funcionários: o coordenador, o data manager / gestor de dados, o encarregado de logística (alocado ao programa apenas em part-time) e uma enfermeira. Embora não pareça existir nenhum manual de procedimentos escrito, o programa parece ser bem gerido e as taxas de imunização são muito altas, maioritariamente acima dos 95%, pesem embora eventuais discrepâncias entre as estatísticas da UNICEF e as resultantes da Avaliação Conjunta 2015 (Joint Appraisal 2015). Os gestores do programa parecem estar bem posicionados dentro do Ministério da Saúde junto das posições de decisão. Contudo, nos últimos anos tem-se verificado uma relativa instabilidade ao nível do staff no Ministério da Saúde e como consequência, algum do pessoal mais experiente e com mais conhecimentos parece ter sido substituído por pessoal menos experiente. É de salientar que a direcção do EPI esteve envolvida na elaboração da proposta para HSS.

O coordenador do EPI enviou recentemente ao Director de Cuidados de Saúde um pedido por escrito para o aumento do staff no programa. O requerimento, que inclui três postos adicionais – um responsável de seguimento e avaliação, um especialista na área de informação sanitária e um responsável de logística -, já seguiu para ser avaliado pela Ministra da Saúde. Estes postos adicionais foram requeridos pela GAVI como contrapartida de apoio no âmbito da subvenção HSS da GAVI. Até ao momento ainda não houve nenhuma resposta oficial a este pedido. Adicionalmente, na proposta enviada para a subvenção HSS está prevista mais assistência técnica, através da contratação de consultores nacionais e internacionais.

Tendo em conta as entrevistas efectuadas, este fortalecimento do programa ao nível dos recursos humanos parece ser necessário. No entanto, no que diz respeito à gestão de dados, uma aproximação com a reestruturada Unidade de Sistemas de Informação para a Saúde (HIS) poderia fornecer uma solução mais robusta. Foi também detectada a falta de pessoal ao nível da vigilância e epidemiologia, e caso a reestruturação do HIS avance, a contratação de um epidemiologista adicional deveria ser prioritária. Um dos maiores problemas identificados tem sido a dificuldade em recrutar e reter pessoal bem qualificado, principalmente devido à reduzida população do país e aos baixos salários praticados.

De acordo com o relatório da iniciativa Effective Vaccine Management (EVM), as áreas do EPI identificadas como mais débeis são o controlo de temperatura e a gestão de stocks, ambas poderão necessitar de apoio dos Distritos Sanitários. Há alguns anos foi também identificada a falta de pessoal de enfermagem como um dos principais problemas, no entanto, este parece já não ser o caso no presente. Estas informações recolhidas vão de encontro à informações recolhidas e observadas diretamente nas visitas feitas às unidades de saúde periféricas.

Como anteriormente referido, e ilustrado na tabela abaixo - extraída do document “70 anos para cada criança num olhar: São Tomé e Príncipe” – a taxa de cobertura de vacinação em São Tomé é alta. As estatísticas abaixo correspondem a 2012:

Taxa de cobertura de vacinas 2012	
BCG (tuberculose)	99%
DPT1 (difteria, tétano e tosse convulsa – 1 dose)	98%
DPT3 (difteria, tétano e tosse convulsa – 3 doses)	96%
Polio3 (polio)	96%
MCV (sarampo)	92%
HepB3 (hepatite)	96%
Hib3 (Haemophilus influenzae type b)	96%

Várias das funções mais abrangentes na área da saúde com impacto directo no programa de vacinação apresentam fragilidades (planeamento, sistemas de informação, gestão e manutenção de recursos). De acordo com a Joint Appraisal de 2015, para além das dificuldades resultantes da falta de recursos humanos qualificados, os principais problemas a afectar o EPI correspondem a deficiências no funcionamento geral do sistema de saúde, nomeadamente ao nível da gestão de informação, planeamento e manutenção de sistemas.

No que diz respeito à manutenção, o PNDS 2012-2016 propunha o desenvolvimento de um plano nacional de manutenção para equipamentos da saúde e planeava iniciar o serviço de manutenção em 2014. No entanto estes planos não se terão materializado.

De acordo com as diversas pessoas entrevistadas, os problemas mais urgentes dizem respeito a:

- Frequentes interrupções no fornecimento de energia eléctrica (está planeada na HSS a compra de geradores).
- Suporte inadequado no que concerne à manutenção e logística: o responsável de logística, que apenas trabalha em part-time para o programa, tem à sua responsabilidade mais de 30 frigoríficos espalhados por todo o país. Neste momento não existe qualquer tipo de contrato de fornecimento de serviços externos com outras empresas.

- Um HIS subdesenvolvido e fragmentado que fornece reduzido apoio técnico. As fragilidades do HIS, como já foi referido anteriormente, afectam diversos aspectos do trabalho do EPI. Nomeadamente existem problemas com os denominadores, mas também com a localização de crianças não vacinadas.
- O sistema de seguimento e avaliação que necessita também de ser fortalecido (ver abaixo).

O seguimento e avaliação é efectuado de uma forma integrada, e como tal não é correntemente uma função adaptada especificamente ao programa EPI. Existem neste momento supervisões trimestrais efectuadas por equipas do nível central e supervisões mensais efectuadas pelas equipas distritais utilizando uma checklist. O coordenador do EPI enviou uma requisição para um posto adicional na sua equipa para que se possa também realizar monitorização adaptada especificamente às necessidades do EPI.

As atividades de comunicação são organizadas em colabaração com o Centro Nacional para Educação da Saúde (CNES), que está apetrechado com pessoal com conhecimentos na área de actuação do EPI.

Em termos de apoio financeiro de parceiros, o EPI – para além do apoio financeiro recebido através das subvenções GAVI e assistência técnica – recebe apoio também da OMS e UNICEF, geralmente como resposta a pedidos específicos. A título de exemplo, a UNICEF está a planear substituir os frigoríficos existentes por frigoríficos de energia solar. Tal como aconteceu com compras semelhantes no passado, a UNICEF, em nome do Ministério da Saúde, será responsável pela compra de 25 frigoríficos solares TCW 40 SDD e 3 frigoríficos solares TCW 200 SDD. O financiamento para esta compra virá do orçamento da HSS e as substituições serão efectuadas progressivamente. O tipo de suporte oferecido pela OMS geralmente está relacionado com definição de normas ou directivas ou com a organização de formações.

## **Constatações**

- 1) O EPI, apesar do relativamente reduzido tamanho da equipa responsável pelo programa de imunização, aparenta ser um dos melhor sucedidos programas na área da saúde em STP. Tem obtido em geral bons resultados ao nível da imunização, particularmente no que respeita às vacinas mais básicas onde atingiu taxas de imunização acima dos 95%. No entanto a unidade necessita de se reforçar através do recrutamento de staff adicional, nomeadamente nas áreas de seguimento e avaliação, informação sanitária e logística. Existem também lacunas ao nível da epidemiologia.
- 2) Os problemas com maior impacto no programa dizem respeito a fragilidades das funções do sistema de saúde em geral, nomeadamente ao nível do planeamento, sistemas de informação e mobilização, gestão e manutenção de recursos; os quais na sua maioria se encontram fora do controlo do EPI. Neste momento está a decorrer um processo de reestruturação dos serviços de planeamento. No entanto, o diretor de gabinete da Ministra, apesar de se ter referido a este processo, indicou especificamente que nenhum documento ou plano provisório existe ainda sobre este assunto.

Outro problema, e parte integral do processo de planeamento, diz respeito à limitada coordenação efectiva existente entre os distritos sanitários e as ONGs, que evidentemente tem também inibido o programa de funcionar em plenitude.

Foi reconhecido por vários altos cargos do ministério entrevistados bem como pelos representantes dos distritos sanitários, que o departamento de informações da saúde representa um entrave para os serviços de saúde em geral no país e para os serviços de imunização em particular.

Relacionado com os problemas ao nível do planeamento em termos de reorganização da gestão, o PNDS 2012-2016 propunha desenvolver um plano nacional de manutenção para os equipamentos de saúde e planeava lançar um serviço de manutenção antes do final de 2014. No entanto, até ao momento nada disto foi efectuado.

Entretanto, o GF continua com os seus planos de implementar um Data Center no seio do CNE, uma estrutura que tal como o programa EPI tem um papel fulcral na prevenção de enfermidades.

## **Recomendações**

- 1) Numa situação em que o departamento de planeamento está em processo de reorganização e se está a criar uma nova Data Center, é essencial que o Ministério da Saúde assuma a liderança deste processo de forma a garantir que estas alterações permitam responder aos problemas já conhecidos e sejam adequadamente integradas dentro da estrutura de gestão alargada do Ministério da Saúde.

- 2) Uma vez que não seria lógico fragmentar ainda mais a gestão das informações da saúde, poderá ser importante ligar o reestruturado HIS a esta unidade e associar o programa EPI e possivelmente o departamento de planeamento da saúde a este cluster.
- 3) O EPI deveria ser reforçado através da criação de três postos adicionais: um responsável de seguimento e avaliação, um especialista de informação sanitária e um especialista de logística. Adicionalmente, seria também necessário um reforço através da contratação de assistência técnica nacional e internacional no âmbito da subvenção HSS.
- 4) Epidemiologia – existe a necessidade de reforçar esta função, possivelmente através da criação de um posto adicional na nova estrutura do HIS.
- 5) Posição Institucional do EPI – a posição institucional do programa EPI, sob a alçada do PSI, foi posta em causa e deveria ser considerada a possibilidade de reposicionar esta estrutura dentro do Ministério da Saúde. Tendo em conta que o GF se prepara para financiar um novo Data Center para o CNE, uma instituição que também desempenha um papel importante na prevenção de doenças, poderia ser lógico ligar o EPI a esta estrutura. Uma vez que a unidade de informações de saúde também necessita de uma nova localização institucional, poderá também ser apropriado ligá-la a este Data Center. Finalmente, já que a função de planeamento necessita, acima de tudo, de ser associada com a função de informações da saúde, ligar a função de planeamento com este cluster, possivelmente através da criação de uma nova Direcção de Saúde Pública, poderá também ser estrategicamente interessante. Recomenda-se a contratação de um especialista em planeamento estratégico para examinar a estrutura institucional do Ministério da Saúde, com especial enfoque na situação do EPI, CNE (incluindo o novo Data Center), o HIS e a função de planeamento.
- 6) Manutenção - deve ser dada especial atenção a esta questão. A proposta no PNDS 2017 – 2020 da criação de um plano nacional de manutenção deverá ser reexaminada com carácter de urgência.

### **2.3 O Sistema de Informação Sanitária (*Health Information System – HIS*)**

O HIS, que constitui uma secção dentro da Direcção de Cuidados de Saúde, tem algumas lacunas e muitos responsáveis entrevistados expressaram as suas preocupações acerca da falta de recursos e pouca funcionalidade dos serviços. Estas fragilidades datam de há bastante tempo atrás.

Em 2000, a OMS São Tomé elaborou um documento intitulado “Desenvolvimento de leis e regulamentos relativamente à implementação de um HIS desenhado para funcionar de uma forma racional e coordenada” *“Development of norms and regulations relating to the setting up of an HIS designed to function in a rational and coordinated manner”*. Em 2006 uma nova iniciativa levou à instalação de novas plataformas, desenhadas para facilitar a gestão informática de recursos e informações da saúde, mas devido ao facto de estes produtos nunca terem sido devidamente testados, o staff continuou a utilizar os antigos sistemas

paralelos. Finalmente, 10 anos após a iniciativa da OMS, foram definidos os procedimentos para o desenvolvimento e regulamentação do novo HIS no PNDS 2012-2016. De acordo com a calendarização aprovada, esta atividade deveria ter sido completada no final de 2013.

É interessante realçar que a primeira tarefa do gabinete de suporte técnico, tal como descrito no PNDS, foi organizar uma base de dados para o Ministério da Saúde. Isto aparentemente indicaria que já em 2011 o estado do HIS era considerado de importância crítica. No PNDS estava descrita a intenção de criar um Centro Nacional Informação Sanitária (CENISA), que estaria operacional no início de 2013. Naquela altura referia-se que o HIS não possuía regulamentos operacionais nem uma estrutura institucional e organizacional adequada a nível central, o que resultava em falhas de coordenação. Adicionalmente, como resultado da falta de liderança e coordenação, os utilizadores a jusante (distritos sanitários, por exemplo) não obtinham a formação necessária e não existia qualquer tipo de supervisão, apoio técnico ou *feedback*.

Infelizmente, como resultado desta falta de coordenação, vários serviços, incluindo a saúde reprodutiva, paludismo, HIV/SIDA e tuberculose prosseguiram com o desenvolvimento dos seus próprios sistemas paralelos. Esta multiplicidade de sistemas levou à duplicação e perda de dados, bem como ao aumento do custo de processamento dos dados. Assim, neste momento são produzidos relatórios programáticos, no entanto devido às falhas de funcionalidade do sistema de informação, existem claras discrepâncias nas estatísticas reportadas.

Esta fragmentação que existe no seio do HIS, tem-se desenvolvido ao longo de um período de 10 anos e representa um grande entrave. Será, sem margem para dúvidas, necessário actualizar o sistema e desenvolver um software apropriado, mas no presente existe uma grande falta de conhecimento dentro do Ministério da Saúde no que respeita aos equipamentos informáticos existentes e ao funcionamento do HIS.

Actualmente existem, em teoria, quatro postos dentro do Sistema de Informação Sanitária (HIS): um coordenador, um estatístico, um especialista informático e um epidemiologista. Há dois anos, o coordenador, um engenheiro informático com conhecimentos de estatística e epidemiologia foi transferido para outra posição relacionada com HIV/SIDA. Dos três postos restantes, apenas o responsável estatístico ocupou a posição continuamente nos últimos anos. Por alguns anos o epidemiologista esteve numa posição em vigilância epidemiológica, mas recentemente voltou ao seu posto na equipa. O especialista informático foi transferido há algum tempo para a DAF e já não se encontra, portanto, em funções. Para além da necessidade evidente de preencher as posições de coordenador e especialista informático, a unidade necessita reforçar-se nas áreas de estatística, tecnologias de informação e provavelmente também em epidemiologia.

A constituição de um verdadeiro departamento, com o número suficiente de postos de trabalho devidamente remunerados é uma prioridade. Um primeiro passo deverá ser a contratação de um especialista, provavelmente um gestor de um departamento de informações hospitalar, para analisar o equipamento e software existentes, e averiguar as necessidades correntes e futuras em termos de staff e equipamento. Este especialista deverá explorar diferentes modalidades de desenvolvimento do HIS até um nível que seja apropriado para as necessidades do país. Será imperativo fazer esta análise não apenas em colaboração com o Ministério da Saúde, mas também com os vários parceiros bilaterais e

multilaterais. Os sistemas de informação sanitária estão profundamente interligados com o funcionamento de varias outras secções dentro do Ministério da Saúde, nomeadamente a epidemiologia e o planeamento. Adicionalmente, tendo em conta o investimento que o GF pretende fazer no CNE, com um novo Data Center, será importante considerar as relações da unidade de informação sanitária com estas outras estruturas e funções. Isto terá necessariamente que incluir o programa EPI.

### **Constatações**

O HIS é, em termos gerais, apontado como uma fragilidade dentro da organização dos serviços de saúde em STP. O enquadramento institucional da Unidade de Informação Sanitária necessita ser repensado, tal como os seus recursos humanos e respectivas remunerações. Não existem informações claras acerca da quantidade de equipamento informático doado/ financiado, às vezes mesmo em duplicado, pelos parceiros de desenvolvimento. Existem pelo menos seis sistemas de informação sanitária a funcionar paralelamente no país. Foram providenciados computadores para os distritos e postos de saúde, mas não foi fornecida a necessária formação e não existe grande oferta de apoio técnico a nível descentralizado.

### **Recomendações**

A prioridade urgente deverá ser a contratação de um especialista, provavelmente um gestor de um departamento de informações hospitalar, para analisar o equipamento e software existentes, e averiguar as necessidades correntes e futuras em termos de staff e equipamento. Este especialista deverá explorar diferentes modalidades de desenvolvimento do HIS até um nível que seja apropriado para as necessidades do país. Será imperativo fazer esta análise não apenas em colaboração com o Ministério da Saúde, mas também com os vários parceiros bilaterais e multilaterais. Este estudo/análise deverá ter em conta as relações da unidade de informação sanitária com outras estruturas e funções consigo interligadas.

## **2.4 Sistemas e processos para seguimento e avaliação**

Em termos de seguimento e avaliação e feedback no que respeita à implementação de programas financiados por parceiros, a experiência no país demonstra que os sistemas em STP não são suficientemente desenvolvidos. Os mecanismos de planeamento praticamente desapareceram e olhando para o exemplo da implementação do PNDS, pode-se concluir que, mesmo ao mais alto nível, o histórico do Ministério da Saúde ao nível da implementação atempada e efectiva de projectos é insatisfatório.

As experiências com o CCM, que não cumpria com os critérios e princípios do Fundo Global, e com o IACC, particularmente no que se relaciona com a imunização, reforçam também a percepção de que a qualidade / capacidade de reporte a doadores, tradicionalmente não tem estado ao nível desejável. No que respeito ao planeamento programático e monitorização, o EPI elaborou uma lista de prioridades para o próximo ano, em colaboração com os parceiros de desenvolvimento chave. Dado as fragilidades exibidas e a falta de pessoal a trabalhar na área de planeamento (apenas uma pessoa



correntemente), o Ministério da Saúde demonstra dificuldades mesmo ao nível do desenvolvimento de documentos de planeamento de rotina, dificuldades que se tornam ainda mais evidentes no que respeita a exercícios como análises de variância ou benchmarking. A única forma de monitorização efectuada ao nível do EPI parece ser a relacionado com o relatório anual da GAVI, onde os parceiros de desenvolvimento (principalmente a UNICEF e OMS) apoiam na revisão/ avaliação das realizações programáticas.

### **Constatações**

A função de planeamento não está devidamente desenvolvida no Ministério da Saúde e necessita ser repensada e possivelmente realocada num enquadramento institucional diferente (ver acima).

### **Recomendações**

A nova equipa reforçada, com contribuições da HSS, deverá ser capaz de trabalhar de forma mais eficaz e competente com os requisitos específicos de planeamento do programa EPI. Neste momento, no que respeita à monitorização do programa EPI, uma alteração na constituição do IACC poderá revelar-se uma solução apropriada.

## **2.5 Actividades de comunicação e envolvimento da comunidade**

O programa EPI organiza as suas campanhas de vacinação em colaboração estreita com o CNES, que possui experiência e conhecimentos na área de comunicação para a saúde. O pessoal responsável pela vacinação a nível local é envolvido nestas atividades e recebe um subsídio de motivação pelo trabalho realizado, que não faz parte das suas normais atribuições / responsabilidades. Aparentemente, existe uma boa dinâmica de colaboração com diversas organizações da sociedade civil, incluindo grupos religiosos e associações de mulheres. Um obstáculo observado para uma maior percepção pública parece residir no facto da disseminação das mensagens através dos média não ser grátis e muitas vezes não existirem meios financeiros suficientes para suportar esses custos.

Não existe grande monitorização da abordagem comunicacional praticada por cada indivíduo, em parte devido à falta de pessoal. Contudo, realizam-se de tempos a tempos formações para Organizações não Governamentais (ONGs), profissionais de saúde (incluindo agentes de saúde comunitária), líderes religiosos, professores e jornalistas.

### **Constatações**

As atividades do programa EPI na área da comunicação aparentam funcionar de forma satisfatória.

**Nenhuma recomendação específica.**

## **3. Capacidade de Gestão Financeira (*Financial Management Capacity* - FMC)**

### **3.1. Estrutura Organizacional e Recursos Humanos**

Propõe-se que seja a DAF do Ministério da Saúde a gerir os fundos da GAVI. A DAF nunca esteve envolvida na gestão da subvenção HSS no passado. Uma vez que a DAF se encontra já sobrecarregada e no limite das suas capacidades em termos de pessoal, de acordo com a informação partilhada pela DAF e principais parceiros, o Ministério da Saúde pretende instalar uma mini-unidade dedicada integralmente à gestão financeira das futuras subvenções da GAVI no país. Esta unidade incluirá três postos (coordenador, contabilista e assistente administrativo). O Ministério da Saúde já nomeou as pessoas para as posições de coordenador e de contabilista desta unidade. Foi sugerido que o coordenador responda directamente ao Ministro (a) da Saúde. No entanto, até ao momento não existe documentação oficial disponível que corrobore esta afirmação. De acordo com a informação obtida no último dia de missão, a DAF trabalha hoje em dia com base num organigrama que ainda não foi aprovado oficialmente. A DAF não conseguiu apresentar um organigrama oficial do Ministério da Saúde e da própria DAF. A DAF cumpre com as leis e regulamentos aplicáveis (lei SAF nº 3/2007 que regula os princípios fundamentais da programação, seguimento e avaliação de fundos públicos e lei nº 5/97 que regula os princípios fundamentais relacionados com a gestão de recursos humanos no sector público).

#### **Constatações**

- 1) No que respeita a aspectos organizacionais, foram identificados vários problemas:
  - O mecanismo de Coordenação entre a DAF e o EPI ainda não está definido.
  - As descrições de funções desenvolvidas para o coordenador, o contabilista e assistente administrativo da nova unidade da DAF são genéricas, concisas e não possuem o detalhe necessário em termos de responsabilidades, deveres e critérios de avaliação de desempenho.
  - Não está plasmado em qualquer documento oficial quem será o responsável final pelos processos de gestão financeira, orçamentação e planeamento. Em diversas ocasiões os entrevistados mencionaram que o coordenador irá responder directamente ao Ministro (a) da Saúde, o que contraria a proposta actual.
- 2) Tendo em conta o seu curriculum vitae, o actual coordenador da DAF nunca trabalhou no sector da saúde e tem reduzida experiência na gestão de fundos, pessoal, compras e projectos financiados por doadores.

#### **Recomendações**

- 1) As relações hierárquicas dentro da unidade da DAF alocado às subvenções GAVI, bem como as relações desta com o Ministério da Saúde têm que ser definidas. O Ministério da Saúde deveria providenciar à GAVI o seu organigrama actual, bem como o revisto que foi previamente aprovado pelo conselho de ministros. Adicionalmente, a DAF deverá rever as actuais descrições de funções do seu pessoal para que espelhem as relações hierárquicas, e definam as responsabilidades, deveres e critérios de avaliação de desempenho.
- 2) Deverá ser efectuada, sob supervisão da “Agência Fiduciária de Administração de Projectos” (AFAP), uma avaliação das competências de gestão administrativa e

financeira do actual coordenador da DAF. Consoante o resultado desta avaliação o coordenador deverá ser confirmado ou substituído nesta posição.

### 3.2. Escolha do Mecanismo de Financiamento

Os principais parceiros de ajuda bilateral e multilateral não utilizam a DAF como receptora e gestora dos fundos doados, já que consideram a sua capacidade, em quantidade e qualidade, insuficientes. A subvenção HSS da GAVI irá aumentar significativamente o volume de transacções dentro da DAF. Basicamente, devido à limitada capacidade para gestão financeira da DAF, os diversos parceiros bilaterais e multilaterais utilizam os seguintes mecanismos de gestão de fundos:

- ✓ **Fundo Global:** Todas as subvenções em atividade são geridas pelo PNUD: New Funding Model (NFM) Malaria (2016-2017), NFM Tuberculose (2015-2017) e Ronda 10 HIV Fase 2 (2014-2016 com extensão para Março de 2018 já aprovada). O PNUD tem poucos sub-beneficiários (SRs) e apenas efectua desembolsos mensais para os SRs governamentais para o pagamento de salários. Todas as outras despesas de SRs governamentais são pagas diretamente pelo PNUD. Actualmente, a performance média das subvenções administradas pelo PNUD é B1 (adequada) e o desempenho do PNUD como beneficiário principal é considerado satisfatório. Os custos fixos são significativos (20% do total do orçamento atribuído ao país) e o reforço de capacidades dos programas nacionais (CNE, PNLP, PNLT e PNLs) é insuficiente apesar de mais de 10 anos de projectos com estas entidades. Nesse sentido, não se recomenda atribuir a administração da subvenção HSS a uma agência das Nações Unidas.
- ✓ **UNICEF / FNUAP:** no seguimento do estabelecimento da Abordagem Harmonizada para Transferências de Fundos (*Harmonized Approach to Cash Transfers - HACT*) que define os princípios e processos gerais para a gestão de transferências de fundos entre agências UN, a UNICEF levou a cabo em 2012 uma Análise de Risco Micro ao sector da saúde em STP. STP foi classificado como um país com risco significativo, o que significa que a DAF não preenche os requisitos mínimos de capacidade de gestão financeira. A partir desse momento, a UNICEF tem transferido pequenas quantidades de dinheiro trimestralmente diretamente para o PSI para as respectivas atividades. O PSI abriu uma conta bancária especial para o efeito, e tem de justificar trimestralmente as despesas efectuadas (com possível extensão para um semestre). Caso os justificativos não sejam apresentados, não é permitido efectuar o desembolso seguinte. Este sistema paralelo deve ser considerado apenas de forma temporária, uma vez que no longo prazo é contraproduzitivo para o fortalecimento do sistema nacional de saúde do país.
- ✓ **Cooperação Taiwanesa:** utiliza dois mecanismos diferentes, nuns casos transfere fundos diretamente para o orçamento de estado (consoante pedido do Governo de STP), noutros efectua os pagamentos aos fornecedores diretamente. O representante da Cooperação Taiwanesa entrevistado não forneceu mais nenhuma informação adicional.
- ✓ **Cooperação Portuguesa:** nenhum representante compareceu na reunião planeada para 26 de Maio de 2016.
- ✓ **Cooperação Brasileira:** o representante (contabilista) explicou que devido à actual crise no Brasil, todos os projectos em implementação na área da saúde irão ser

encerrados proximamente, e de momento, o Brasil não se encontra em posição de se comprometer com outros projectos.

- ✓ **The World Bank:** quando iniciou o financiamento do projecto PASS nos sectores da saúde e educação, o WB criou uma agencia para gerir e implementar o projecto chamada AFAP. A partir daí esta agencia tem desenvolvido uma profunda experiência na gestão e controlo de fundos, em compras e/ou implementação de atividades. Esta agencia estatal, dependente hierarquicamente do Ministério das Finanças, emprega actualmente seis consultores permanentes (um coordenador – que foi entrevistado durante a missão, um especialista de compras, um gestor financeiro, um contabilista, um assistente administrativo e um motorista). Actualmente a agencia encontra-se a implementar diversos mandatos:
  - PASS: apenas apoiando o sector da educação desde 2013. Está prevista a extensão deste projecto em mais dois anos, para além da actual data de encerramento de Julho 2017.
  - A Iniciativa para a Transparência das Indústrias Extractivas (*The Extractive Industries Transparency Initiative* - EITI): responsável pela criação de percepção na população acerca da forma como os países gerem as suas reservas de petróleo, gás natural e minérios. STP vai aderir a esta iniciativa.
  - Financiamento recente por parte do WB e do Banco Europeu de Investimento (*European Investment Bank* - EIB) de 29 milhões de dólares americanos para o sector da energia no período 2016-2021.

A agência baseia-se fundamentalmente nas regras e procedimentos do WB no que respeita à gestão financeira e política de compras. A sua contabilidade é gerida através do programa TOMPRO (assistência técnica fornecida por um representante da empresa TOMATE sedeadada nos Camarões). Os programas são sujeitos a auditorias anuais e os fundos são geridos por projecto em três divisas diferentes (USD, EUR e Dobras de STP), em contas bancárias especiais abertas no BISTP (Banco Internacional de STP). Os custos fixos (recursos humanos e custos operacionais) da AFAP são financiados através dos diversos projectos pelos quais é responsável. De acordo com o coordenador a taxa de absorção de fundos durante os últimos anos foi muito boa.

Durante uma reunião de cerca de duas horas, o coordenador demonstrou uma vasta experiência e interesse em representar um papel mais significativo na gestão de fundos da GAVI, seja como agente fiduciário, ou como beneficiário principal “pass-through” (beneficiário principal que se ocupa da recepção e distribuição de fundos pelos respectivos SRs). A AFAP já trabalhou com a DAF no passado, no âmbito do projecto PASS, e como tal está consciente dos desafios que trabalhar com a DAF representa. Webiste da AFAP: [www.afap.st](http://www.afap.st).

Tendo em conta os pontos referidos acima, bem como a informação recolhida no website, a AFAP parece reunir os critérios mínimos de gestão administrativa, financeira e de compras.

## Constatações

- 1) No que respeita a aspectos organizacionais, foram identificados diversos problemas importantes (ver secção 3.1).
- 2) Tendo em conta os aspectos funcionais, a DAF não possui um manual de procedimentos contendo as áreas chave das funções administrativa e financeira e descrevendo os processos e procedimentos que deverão estar implementados para assegurar a responsabilização do seu pessoal. Por exemplo, até ao momento não existe nenhum manual de procedimentos interno onde se detalhe a estrutura organizativa da DAF, os princípios contabilísticos que deve seguir, sistemas e gestão, sistema de controlo interno, o sistema de orçamentação e reporte, os princípios e regras a aplicar nas compras/ aquisições, regras de gestão de activos fixos, processamento salarial e gestão de recursos humanos, gestão de avanços e missões, princípios de auditoria externa e controlos, e orientações financeiras dentro do Ministério da Saúde.

## Recomendações

De forma a mitigar os altos riscos identificados ao nível administrativo e financeiro, é recomendado que a AFAP seja integrada no mecanismo de financiamento da seguinte forma:

- a) Durante os primeiros 6 meses, como beneficiário principal (PR) em substituição da DAF com dois objetivos chave:
  - i) Gerir os fundos GAVI, maioritariamente no que respeita à aquisições de bens não relacionados com produtos/ equipamentos de saúde bem como algumas atividades mais ligeiras, uma vez que a UNICEF será responsável pela aquisição dos equipamento de cadeia de frio.
  - ii) Fornecer assistência técnica à DAF para que esta elabore um sistema e um manual de procedimentos que inclua a estrutura organizativa, os princípios contabilísticos que se deve seguir, os sistemas e gestão, o sistema de controlo interno, o sistema de orçamentação e reporte, os princípios e regras a aplicar nas compras/ aquisições, regras de gestão de activos fixos, processamento salarial e gestão de recursos humanos, gestão de avanços e missões, princípios de auditoria externa e controlos.

A experiência da AFAP com o software TOMPRO irá também ser valiosa para a DAF. Adicionalmente a AFAP poderá também fornecer assistência técnica à DAF em aspectos organizacionais e na actualização / melhoria do orçamento detalhado / plano de atividades da subvenção GAVI HSS. Isto é necessário uma vez que diversas atividades /aquisições que poderão ter sido relevantes na altura da aprovação, não são mais relevantes hoje ou, entretanto, foram financiadas por outros parceiros / programas.

- b) Durante os restantes 30 meses como **agente fiduciário (cossignatário), incluindo a componente de reforço de capacidades.**

### **3.3. Sistema contabilístico e de reporte financeiro**

Neste momento a DAF não possui um sistema de contabilidade integrada e de gestão financeira. Utiliza a ferramenta Microsoft Excel para a sua gestão contabilística e reporte financeiro. As variações entre cada linha do orçamento e as despesas efectivas não são analisadas. O software contabilístico TOMPRO, que foi financiado pela Cooperação Taiwanesa e instalado no PSI no passado, não está operacional, apesar de ter sido dada formação aos utilizadores. O facto de a AFAP ter experiência com o TOMPRO representa um valor adicional. Também não existe qualquer plano de contas ou manual de gestão financeira.

Não existe nenhuma política oficial de retenção de documentos contabilísticos e de suporte durante a duração da subvenção. O actual sistema de gestão documental não está definido adequadamente e não é seguro, uma vez que os documentos podem ser acedidos por qualquer pessoa e não existe seguro contra incêndios, inundações ou roubo. Recentemente houve um incêndio nos antigos edifícios do Ministério da Saúde e diversos documentos electrónicos e em papel foram perdidos.

Os principais parceiros de cooperação financiadores do sector da saúde em STP consideram que a actual DAF do Ministério da Saúde não possui as capacidades necessárias para gerir os seus fundos. Correntemente a DAF apenas gere os fundos governamentais e, ocasionalmente, limitados montantes resultantes de contribuições de alguns parceiros de cooperação.

#### **Constatações**

A DAF não possui um sistema de contabilidade integrada e de gestão financeira. O software contabilístico TOMPRO não está operacional. Não existe qualquer plano de contas ou manual de gestão financeira. Não existe nenhuma política oficial de retenção de documentos contabilísticos e de suporte durante a duração da subvenção. O actual sistema de gestão documental, não está definido adequadamente e não é seguro, uma vez que os documentos podem ser acedidos por qualquer pessoa e não existe seguro contra incêndios, inundações ou roubo.

#### **Recomendações**

A AFAP deve apoiar a DAF na elaboração/ implementação de um sistema de contabilidade integrada e gestão financeira (TOMPRO) e de um manual com os respectivos procedimentos e uma política de gestão documental e sistema de segurança para conservar documentos contabilísticos e respectivos documentos de suporte.

### **3.4. Sistemas de controlo interno**

Uma vez que não existe um sistema de contabilidade integrada nem uma monitorização da implementação do orçamento, o actual sistema de gestão de tesouraria não é rigoroso nem suficientemente robusto. Actualmente, a DAF apenas opera com fundos em moeda local. Durante a visita ao país, a DAF não forneceu qualquer informação relativa aos seus procedimentos para gerir variações cambiais.

Os orçamentos e desembolsos da subvenção HSS actualmente são feitos em USD. A implementação das respectivas actividades por parte do Ministério da Saúde será feita em

moeda local (STD) ou em USD ou EUR, para aquisições nos mercados internacionais. Desde 2010 a STD está indexada ao euro e flutua em relação ao USD. Portanto, caso se confirme que a divisa da subvenção será o USD a subvenção ficará exposta a movimentos cambiais adversos.

Neste momento, a DAF do Ministério da Saúde possui contas bancárias separadas no BSTP para cada fonte de financiamento diferente. O BISTP é a principal referência no sector bancário em STP. O Banco tornou-se no primeiro banco privado comercial em 1993, após a decisão do Governo de separar as funções de supervisão das funções comerciais no sistema bancário. O Banco Nacional de STP, que vinha desempenhando ambas as funções desde a independência do país em 1976 foi separado em Banco Central de São Tomé (retendo as funções de supervisão) e Banco Internacional (com foco nas funções comerciais de banca).

De acordo com o relatório anual de contas de 2014 do BISTP (o mais recente disponível no website do Banco) a actual estrutura acionista divide-se entre o Estado de STP com 48%, a Caixa Geral de Depósitos (um dos principais bancos do sistema bancário português e detido a 100% pelo Estado Português) com 27% e o Banco Africano de Investimentos (um banco de investimento angolano) com os restantes 27%.

O BISTP é o único banco do sistema bancário santomense com uma percentagem significativa de participação do Estado (48%), e possui cerca de 50% da quota de mercado do sector bancário no país. No último relatório anual da Caixa Geral de Depósitos, o BISTP é apresentado como uma entidade financeira sólida e adicionalmente tanto o Governo de STP como a maioria das organizações internacionais presentes no país (Sistema UN, WB, etc.) utilizam o BISTP como seu banco local e consideram-no uma opção viável. Os restantes bancos presentes em STP são maioritariamente detidos por capital estrangeiro, tais como o Afriland First Bank (Camarões), Banco Equador (Angola), EcoBank STP (Gana, Nigéria e Camarões), Energy Bank (Gana e Nigéria) e o BGFI Bank STP (Gabão). Nenhum destes tem a mesmo trajecto de referência e histórico que o BISTP apresenta, nem possui a mesma presença instalada pelo país, nenhum deles detém mais de 10% da quota de mercado. Pelas razões enumeradas e tendo em conta o contexto local, o BISTP parece ser a escolha mais adequada para a salvaguarda dos fundos da subvenção HSS da GAVI.

As contas da DAF actualmente não são remuneradas. A DAF planeia abrir uma conta bancária em moeda local para depositar os fundos da GAVI HSS e gerir os desembolsos a partir da mesma. Os signatários autorizados desta conta seriam por um lado o Director da DAF (o substituto seria o Director de Cuidados de Saúde) e por outro lado um representante da OMS (a definir).

### **Constatações**

- 1) Uma vez que não existe um sistema de contabilidade integrada nem uma monitorização da implementação do orçamento, o actual sistema de gestão de tesouraria não é rigoroso nem suficientemente robusto.
- 2) A DAF não forneceu qualquer informação relativa aos seus procedimentos para gerir variações cambiais. A exposição da subvenção GAVI HSS a movimentações cambiais adversos é um facto.
- 3) As contas da DAF actualmente não são remuneradas.

## **Recomendações**

- 1) A AFAP deve apoiar a DAF a elaborar/ implementar um sistema de contabilidade integrada e gestão financeira (TOMPRO), incluindo a monitorização do orçamento e procedimentos relacionados; isto deverá contribuir para o fortalecimento do actual sistema de gestão de tesouraria.
- 2) No caso de STP existe um sistema de paridade fixa entre a moeda local (STD) e o euro (EUR) e não com o USD. A GAVI deveria considerar a conversão da actual moeda da subvenção GAVI HSS de USD para EUR antes do início da implementação das atividades, de modo a mitigar ou eliminar ganhos ou perdas resultantes de flutuações cambiais.
- 3) Consoante o mecanismo de financiamento a adoptar, as seguintes opções deverão ser consideradas:
  - Abrir pelo menos uma conta especial adicional em EUR (e talvez em USD).
  - Adicionar um cossignatário para as contas bancárias especiais (por exemplo, o coordenador da AFAP).
  - Negociar com o BISTP a remuneração das contas especiais, ou bloquear alguns fundos periodicamente (todos os meses ou trimestralmente) numa conta remunerada especial (conta a prazo).

### **3.5 Gestão de activos fixos**

A Direcção Nacional da Gestão de Activos do Ministério das Finanças recebe todos os bens e equipamentos encomendados pelo Ministério da Saúde (inclusivé aqueles destinados aos distritos sanitários) antes de os encaminhar/ transferir para o beneficiário final. As informações inseridas no registo de activos fixos (*Fixed Asset Register* - FAR) incluem o número de registo do ativo, descrição do ativo, quantidade, marca, cor, estado, pessoa responsável e localização.

De acordo com a Lei SAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado) é obrigatório actualizar o FAR trimestralmente. É também obrigatória a verificação física de activos *in-situ*. Caso seja encontrada alguma discrepância, a Direcção Nacional de Gestão de Activos tem de informar por escrito o diretor da DAF e requerer a sua assinatura, antes de informar o Ministro da Saúde sobre a necessidade de se tomar uma acção correctiva. Ao nível do Ministério da Saúde, apenas os automóveis estão cobertos por seguro. A restante infraestrutura e activos não se encontram cobertos por seguro e não existem quaisquer outras medidas de mitigação de risco.

## **Constatações**

- 1) Não existe um registo informatizado e integrado de activos ao nível da DAF. Basicamente, o custo do activo, a data de aquisição e os detalhes do fornecedor não estão presentes no FAR. Não foi encontrada evidência de que um ficheiro Excel actualizado seja partilhado com os distritos sanitários.
- 2) De acordo com a lei SAFE é obrigatório actualizar o FAR trimestralmente. É também requerida a verificação física dos activos *in-situ*. O Ministério da Saúde não fornece evidência das actualizações trimestrais nem de verificações *in-situ*.
- 3) Não existe evidência de que o Inspector Geral das Finanças, responsável pela Auditoria Interna e Controlo nos Ministérios e empresas públicas, leve a cabo verificações / inventariações de activos como parte das auditorias internas que efectua.



## **Recomendações**

- 1) A AFAP deve instalar / implementar ao nível da DAF uma versão do software TOMPRO multifunções, incluindo funções de gestão de activos para além de processamento salarial e monitorização orçamental.
- 2) No futuro manual de procedimentos deve ser previsto um procedimento para assegurar que o FAR trimestral automaticamente gerado pelo TOMPRO a nível central é facultado aos distritos sanitários. Deverá ser definido um prazo para permitir aos distritos sanitários actualizar o inventário e envia-lo de volta para o nível central, para revisão e inclusão no registo central.
- 3) Os ToRs para as futuras auditorias externas deverão incluir revisão documental e verificação física de activos.

### **3.6 Disposições em matéria de auditoria**

Não existe função de auditoria interna dentro do Ministério da Saúde. Existe, no entanto, a possibilidade de realização de auditorias de forma intermitente ou aleatória por requisição do Ministério das Finanças. Em média, o Ministério da Saúde tem sido auditado de três em três anos. Com base na informação prestada pelo Inspector Geral de Finanças:

- Uma auditoria à DAF está neste momento a decorrer.
- Foi realizada recentemente uma auditoria aos trabalhos de reabilitação a uma unidade de saúde no distrito de Me Zochi.

Com a exceção das auditorias internas intermitentes ou aleatórias referidas acima, não foi realizada qualquer auditoria externa anual ao Ministério da Saúde / DAF. Em particular, as subvenções financiadas pela GAVI nunca foram auditadas. Até ao momento as subvenções financiadas pela GAVI foram relativamente pequenas e abaixo do limiar a partir do qual o país é obrigado a efectuar auditorias externas (ver clausula 7.3 do PFA).

## **Constatações**

- 1) Não existe função de Auditoria Interna no Ministério da Saúde.
- 2) Os relatórios das auditorias internas realizadas pelo Inspector Geral de Finanças ao Ministério da Saúde não foram disponibilizados.
- 3) Até ao momento as subvenções financiadas pela GAVI nunca foram auditadas (abaixo do limiar a partir do qual o país é obrigado a efectuar auditorias externas). Pelo que não existe informação de base para avaliar as opiniões emitidas pelos auditores, problemas maiores ou menores identificados e o grau de implementação das acções correctivas.

## **Recomendações**

- 1) No âmbito do apoio à DAF/Ministério da Saúde na elaboração e implementação do novo Manual de Procedimentos, a AFAP deverá garantir o desenvolvimento e inclusão de uma função e sistema de auditoria interna, bem como um processo de auditoria externa.
- 2) A GAVI deve solicitar à DAF a disponibilização de todos os relatórios de auditoria interna disponíveis relacionados com o Ministério da Saúde.
- 3) Tendo em conta o montante anual do orçamento da subvenção GAVI HSS e alocação anual esperada de 250'000 USD ao país, será obrigatório, no âmbito do PFA realizar anualmente uma auditoria externa. Para estas auditorias externas é recomendada a contratação de firmas de auditoria internacionais, dado o pequeno tamanho do país e a reduzida disponibilidade de capacidade local. Os termos de referência, o processo de selecção dos auditores e o processo de contratação deverão ser revistos e aprovados

pela GAVI. Deverá ser garantido que os ToRs respeitam os requisitos mínimos da GAVI (ver secções sobre seguros e transferências para organizações da sociedade civil dos requisitos de gestão financeira e auditoria da GAVI).

### **3.7 Viabilidade e capacidade de absorção orçamental**

A DAF do Ministério da Saúde é parcialmente funcional. De facto, não existe um manual de procedimentos financeiros que defina os procedimentos e regras para o registo de transacções, preparação de demonstrações financeiras e tarefas administrativas. Adicionalmente, de um ponto de vista organizacional, funções, deveres, responsabilidades, subordinação e estrutura hierárquica, e níveis de gestão e autoridade não estão claramente definidos nem documentados. O orçamento para 2015 da proposta HSS foi alinhado com o PNDS 2012-2016. Neste momento decorre a avaliação do PNDS 2012-2016 e a elaboração do PNDS 2017-2012 é esperada em finais de 2016.

O Fundo Global, através do PNUD (beneficiário principal de todas as subvenções financiadas pelo GF em STP), adquiriu automóveis, computadores e motorizadas para os distritos sanitários. A aquisição de um autocarro bem como mais computadores estão previstos na nova subvenção de Paludismo. O GF também financia incentivos monetários/ subsídios para os Agentes de Saúde Comunitária (*Community Health Workers - ASC*).

Existe um processo informal para a aprovação de execução de despesa, pagamento de salários e despesas de deslocação e estadia que não está documentado. Contudo, a DAF não foi capaz de explicar o actual sistema para identificação da fonte de financiamento para atividades/ despesas relacionadas e para assegurar que no final do processo, não existe duplicação de pagamentos ou aquisições. A DAF informou que não existe nenhum mecanismo de coordenação entre as autoridades nacionais (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) e os principais parceiros técnicos e de financiamento, com vista a racionalizar a alocação de recursos financeiros, planear as contribuições de cada um tendo em conta as prioridades e necessidades de financiamento identificadas, actualizar as necessidades de financiamento e a disponibilidade de fundos.

Actualmente a DAF utiliza o Microsoft Excel como ferramenta de gestão contabilística, sem possibilidades de monitorizar/alocar custos partilhados / indirectos de acordo com as taxas acordadas.

#### **Constatações**

- 1) Até ao momento não existe nenhum sistema formal estabelecido para assegurar que a DAF cumpre com as leis e directivas nacionais aplicáveis.
- 2) Por um lado, nenhuma lista de inventário detalhada dos activos financiados/ orçamentados pelas subvenções do GF (particularmente ao nível dos distritos sanitários) foi recebida a nível central pelo Ministério da Saúde, e, por outro, o Ministério da Saúde não foi capaz de fornecer uma análise de necessidades actualizada a ambos os níveis (central e distritos sanitários). Assim sendo, não foi possível confirmar a alta probabilidade de duplicação de activos fixos.
- 3) A ausência de uma lista detalhada de ASC ao nível central representa um risco elevado de pagamentos duplicados ou até de pagamentos a “*trabalhadores fantasma*”.
- 4) A DAF informou que não existe nenhum mecanismo de coordenação entre as autoridades nacionais (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) e os principais parceiros técnicos e de financiamento, com vista a racionalizar a alocação de recursos

financeiros, planejar as contribuições de cada um tendo em conta as prioridades e necessidades de financiamento identificadas, actualizar as necessidades de financiamento e a disponibilidade de fundos.

### **Recomendações**

- 1) Como parte do futuro manual de procedimentos a ser desenvolvido com o apoio da AFAP, a DAF deve incluir um sistema formal de observância das leis e directivas nacionais aplicáveis.
- 2) De forma a evitar a duplicação de activos fixos (particularmente ao nível dos distritos sanitários):
  - a) O Ministério da Saúde deve fornecer uma análise actualizada de necessidades ao nível central e dos distritos sanitários.
  - b) A GAVI deve requerer ao GF a facultação de uma lista de inventário detalhada de activos financiados/ orçamentados no âmbito das subvenções geridas pelo PNUD.
- 3) Para evitar a possibilidade de existência de pagamentos duplicados de incentivos a ASC ou até o pagamento a “*trabalhadores fantasma*”, o Ministério da Saúde deverá produzir uma lista com o detalhe de todos os ASC que recebem incentivos dos diferentes parceiros financiadores e do governo, bem como uma lista das motorizadas fornecidas.
- 4) O Ministério da Saúde e das Finanças devem desenvolver um mecanismo de coordenação entre as autoridades nacionais (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) e os principais parceiros técnicos e de financiamento, com vista a racionalizar a alocação de recursos financeiros, planejar as contribuições de cada um tendo em conta as prioridades e necessidades de financiamento identificadas, actualizar as necessidades de financiamento e a disponibilidade de fundos.

## **4. Compras e gestão de fornecimentos**

### **4.1 Gestão de Vacinas e da cadeia de frio (*Vaccine and Cold Chain Management - VCCM*)**

Esta parte da avaliação de capacidades pretende analisar a eficácia e eficiência da gestão da cadeia de fornecimentos (*supply chain management*), com particular enfoque nas vacinas e equipamento relacionado com a cadeia de frio. Esta avaliação foi efectuada com base na avaliação EVM efectuada em Janeiro de 2015 e o estabelecimento de um Plano de Melhorias em Fevereiro de 2015. Foi acordado com a GAVI que, durante a visita, o foco seria posto na análise do estado de avanço do Plano de Melhorias EVM e, especialmente, na discussão com a gestão do programa EPI sobre:

- até que ponto as acções estão a ser implementadas atempadamente;
- até que ponto alguma das recomendações chave/ mais importantes não foi ainda implementada e, caso se verifique, quais são os planos do EPI para o fazer;
- a situação actual no que respeita a assistência técnica.

Com este objetivo, foram conduzidas entrevistas não só com a gestão do programa EPI, mas também com as equipas da OMS e UNICEF. Adicionalmente, de modo a poder avaliar na prática/ no terreno o estado de progressão aos mais diversos níveis da cadeia de fornecimentos, foram efectuadas visitas ao Depósito Nacional de Vacinas, dois centros de saúde e dois postos de saúde. O relatório da EVM e as constatações nele contidas forma utilizados como ponto de partida para a análise.

A ferramenta VCCM foi utilizada para avaliar áreas específicas, nomeadamente nos campos do controlo de temperatura, gestão de stocks e gestão de manutenção e reparações.

#### **4.1.1 Progressos alcançados ao nível do Plano de Melhorias**

##### **4.1.1.1 Sumário do relatório EVM**

A avaliação EVM que foi efectuada em 2015 envolveu a participação de uma equipa de 16 membros que cobriram 15 instalações, incluindo o Depósito Nacional de Vacinas. Tratou-se de uma avaliação exaustiva com nove critérios: 1. Processos de chegada de vacinas; 2. Temperatura de armazenamento; 3. Capacidade de Armazenamento em condições de frio e seco; 4. Material de construção e transporte; 5. Manutenção; 6. Gestão de Stocks; 7. Distribuição; 8. Boas práticas de gestão de vacinas; e 9. Sistemas de informação e funções de suporte.

As principais constatações da avaliação sublinharam fragilidades em determinadas áreas, sendo as mais significativas as seguintes:

- Controlo de Temperatura
- Manutenção
- Gestão de stocks
- Sistemas de informação e funções de suporte

Em relação a estes aspectos foram feitas recomendações chave que se encontram no Plano de Melhorias EVM finalizado em Fevereiro de 2015.

#### 4.1.1.2 Progressos registados no Plano de Melhorias

A tabela abaixo resume o estado de progresso de cada uma das recomendações / atividades:

### Plano de Melhorias EVM

Item No.	Código EVM	Descrição das Tarefas	Progresso Maio 2016
1	E1	Efetuar a formação do staff da alfândega no recebimento e armazenamento de vacinas,	Não efetuado
2	E1	Elaborar um plano de emergência com as medidas a tomar caso um voo se atrase, ou seja, cancelado.	Não efetuado
3	E2	Efetuar um estudo sobre a temperatura da cadeia de frio utilizando o protocolo da OMS.	Não efetuado
4	E2	Reparar ou substituir o aparelho de registo contínuo de temperatura e adquirir um número suficiente de discos de registo.	Efetuated
5	E2	Mapear a temperatura da câmara fria	Não efetuado
6	E3	Desenvolver e distribuir um plano de emergência para o caso de avaria de equipamento da cadeia de frio.	Não efetuado
7	E4	Adquirir 10 extintores, incluindo 3 para o armazém central, e formar o pessoal na sua utilização.	Não adquirido
8	E4	Fornecer 4 conjuntos de roupas quentes ao staff adstrito ao armazém refrigerado central.	Não adquirido
9	E4	Formar o pessoal em segurança no trabalho em armazéns refrigerados.	Não efetuado
10	E4	Equipar a câmara fria com um sistema de alerta automático à pessoa responsável através de chamada de linha fixa ou móvel em caso de avaria/falha.	Não efetuado – atualmente existe um alarme colocado no exterior da câmara fria, mas é necessário que esteja uma pessoa presente.
11	E4	Adquirir e instalar XXX geradores elétricos como reforço em YYYY distritos.	Não adquirido
12	E4	Desenvolver uma ficha de manutenção para as motorizadas e disponibilizá-la a cada uma das pessoas responsáveis por cada motorizada.	Não efetuado
13	E4	Desenvolver um livro de registo/ <i>logbook</i> e disponibilizá-lo para cada carro ou pessoa responsável por uma motorizada.	Efetuated
14	E5	Desenvolver um programa de manutenção preventiva de edifício adequado e efetivo que cubra vários anos.	Não efetuado
15	E5	Desenvolver e distribuir um programa de manutenção preventiva para o equipamento da cadeia de frio.	Não efetuado
16	E5	Documentar o progresso do plano de manutenção do equipamento da cadeia de frio.	Não efetuado
17	E5	Nomear um responsável pela manutenção de rotina do equipamento da cadeia de frio.	Não efetuado
18	E5	Substituir os frigoríficos com mais de 10 anos por outros alimentados a energia solar (TCW40SDD) em 7 centros de saúde.	Não efetuado
19	E6	Instalar registos de stock para gerir vacinas, diluentes e materiais de injeção.	Efetuated com o apoio da OMS
20	E6	Desenvolver uma ficha para encomenda e recepção de vacinas que possa ser usado para todas as encomendas independentemente do seu nível na cadeia de compras.	Efetuated com o apoio da OMS
21	E6	Desenvolver um sistema para gestão de stocks que efetue o registo de ampolas de vacinas por abrir e desperdício de diluentes devido a expiração da validade, exposição a congelamento ou calor.	Efetuated com o apoio da OMS

22	E6	Efetuar inventários de stock regularmente e ajustar os níveis de stock.	Efetuada
23	E6	Afixar uma etiqueta com os conteúdos nos equipamentos de cadeia de frio incluindo o tipo de vacina, número do lote e data de validade.	Não efetuada
24	E7	Usar indicadores de congelamento para transporte de vacinas quando não seja utilizada água fria durante o transporte.	Não efetuada, mas geralmente utiliza-se água fria.
25	E7	Desenvolver e distribuir um plano escrito que defina claramente como atuar e gerir o transporte em caso de distribuição de emergência.	Não efetuada
26	E7	Desenhar um sistema de reporte de distribuição de vacinas e outros consumíveis com uma análise sistémica.	Efetuada
27	E7	No início do ano, desenvolver um plano de distribuição de vacinas e outros meios e distribuí-lo até aos níveis mais a jusante da cadeia de distribuição para efeitos de monitorização.	Não efetuada
28	E8	Formar profissionais de saúde a todos os níveis em vacinação e gestão de cadeia de frio.	Efetuada – foi organizada uma formação em Abril de 2016 com o apoio da OMS e UNICEF.
29	E8	Desenvolver um plano de gestão de resíduos de imunização.	Não efetuada
30	E9	Formar os profissionais de saúde responsáveis pela imunização em fazer estimativas de necessidades de vacinas e outros consumíveis para um determinado período.	Efetuada - foi organizada uma formação em Setembro de 2015 com o apoio da OMS.
31	E9	Planear e levar a cabo regularmente supervisões documentadas aos profissionais de saúde responsáveis pelos serviços de imunização.	Efetuada- A supervisão integrada é feita trimestralmente por três pessoas, incluindo um membro da equipa EPI.
32	E9	Preparar e implementar um plano para a redução dos resíduos resultantes da vacinação.	Não efetuada
33	E9	Atualizar regularmente o inventário de equipamento de cadeia de frio.	Efetuada - A base de dados foi implementada e inclui todo o equipamento de cadeia de frio do país. É necessário, no entanto efetuar a atualização.

## **Constatações**

- 1) Um determinado número de actividades não foram implementadas devido ao facto de o orçamento da HSS não estar ainda disponível. Nomeadamente no que respeita ao equipamento de cadeia de frio e itens relacionados (por exemplo, os geradores).
- 2) Adicionalmente, algumas das actividades irão necessitar assistência técnica por parte de parceiros, como, por exemplo: o estudo de temperatura da cadeia de frio; o desenvolvimento de um plano para a manutenção e reparação de edifícios e equipamento (incluindo equipamento de cadeia de frio); um plano de contingência para a chegada, armazenamento e distribuição de vacinas; e um plano para a gestão de resíduos resultantes da imunização. Uma vez que isto não está incluído no orçamento da HSS será necessário encontrar outras fontes de financiamento ou mobilizar outro tipo de recursos.

## **Recomendações**

- 1) O Ministério da Saúde deverá mobilizar os parceiros (por exemplo, a UNICEF e a OMS) para que forneçam apoio técnico (e eventualmente também financeiro) para:
  - a) Efectuar no país um estudo de temperatura da cadeia de frio;
  - b) Desenvolver um plano de contingência para a chegada, armazenamento e distribuição de vacinas;
  - c) Elaborar um plano para a manutenção e reparação de edifícios e equipamento (incluindo equipamento de cadeia de frio);
  - d) Desenvolver um plano para a gestão de resíduos resultantes da imunização.

- 2) O Ministério da Saúde deveria alocar mais recursos à manutenção e reparação dos equipamentos da cadeia de frio.
- 3) O Ministério da Saúde deve assumir a responsabilidade de garantir, em geral, que todas as tarefas sublinhadas no Plano de Melhoria são completadas até ao final de 2016.

#### 4.1.2 Visitas aos diferentes níveis da cadeia de fornecimentos

Os resultados destas visitas mostraram alguns progressos em várias áreas, demonstrando que houve efectivamente algumas acções levadas a cabo de acordo com o Plano de Melhorias, embora alguns desafios ainda persistam. Estes esforços devem ser reconhecidos e deverão ser assegurados junto dos parceiros fundos adicionais e apoio técnico para continuar o trabalho que tem vindo a ser feito.

**Nota:** as outras recomendações exibidas nas secções de Gestão de Vacinas e Sistemas de Informação e Funções de suporte não estão relacionadas com o Depósito Nacional de Vacinas, mas sim com o Ministério da Saúde e o Programa EPI. Consequentemente, estas recomendações específicas não foram analisadas durante a visita ao Depósito Nacional de Vacinas, dois centros de saúde e dois postos de saúde.

##### 4.1.2.1 Depósito Central de Vacinas

Na avaliação EVM, as pontuações mais altas foram atribuídas às áreas de capacidade de armazenamento, edifícios, equipamento e transporte, manutenção, distribuição e gestão de vacinas. Contudo, foram identificadas nestas áreas um determinado número de fragilidades, o que levou a que fossem feitas algumas recomendações (também incluídas no Plano de Melhorias). A tabela abaixo resume as recomendações e constatações após a visita.

#### 1. Importação, desalfandegamento

Recomendações	Constatações
Desenvolver e publicar um plano de emergência para a gestão de recepção tardia ou atrasos de vacinas no aeroporto.	Plano ainda não desenvolvido – ver recomendação acima.
Implementar um sistema que garanta a correcta arquivagem de relatórios de recepção de vacinas, incluindo informações tais como: certificados de lote, facturas, guias de remessa, etc).	Existe um relatório de chegada de vacinas ( <i>Vaccine Arrival Report – VAR</i> ), com todos os detalhes, disponível com antecedência. Este inclui: chegada do voo, guia de remessa das vacinas, documentos, indicador de temperatura e condições de envio.
Implementar para os consumíveis o mesmo tipo de relatórios que para as vacinas.	O VAR também inclui informações sobre os consumíveis para vacinas.

## 2. Controlo de temperatura

Recomendações	Constatações
Efectuar um mapa de temperatura das câmaras frias.	Não efectuado – é de realçar que a câmara fria é de dimensões reduzidas.
Utilizar as leituras de temperatura para identificar e corrigir desvios.	O software instalado ao nível do programa EPI permite o registo de temperaturas e alarmes, incluindo um gráfico de temperatura/alarme. No entanto, na prática a informação não se encontra actualizada.
Actualizar o formulário de registo de temperaturas para que inclua os alarmes.	O formulário de registo das temperaturas não inclui alarmes, apesar disto estes alarmes são verificados duas vezes ao dia (nas etiquetas dos frigoríficos).

## 3. Manutenção

Recomendações	Constatações
Preparar um programa de manutenção preventiva para os equipamentos e edifícios.	Não efectuado – ver recomendação acima
Nomear um responsável pela manutenção do equipamento de cadeia de frio.	Existe já uma pessoa responsável pela manutenção do equipamento, no entanto esta pessoa não se encontra alocada a 100% ao programa EPI.
Instituir um livro de registo de utilização ( <i>logbook</i> ) para cada veículo.	Não efectuado – o único documento existente permite apenas registar a matrícula do veículo e o número de quilómetros.

## 4. Gestão de Stocks

Recomendações	Constatações
Imprimir e arquivar o registo de inventário pelo menos uma vez por mês.	Efectuado.
Desenvolver um formulário de registo de encomendas e recepção de vacinas e distribuí-lo.	Efectuado – No entanto, o formulário não costuma ser preenchido completamente. Por exemplo, os detalhes dos produtos entregues nos distritos não são sempre inscritos, apenas são inscritos os detalhes dos produtos pedidos. As informações de



	seguimento de ampolas de vacinas ( <i>Vaccine Vial Monitor</i> – VMM) não são sistematicamente preenchidas.
Desenvolver um manual de procedimentos para o tratamento de resíduos das vacinas e distribuí-lo.	Não efectuado – ver recomendação acima.
Efectuar inventários regularmente e registar toda a informação nas ferramentas de gestão.	Efectuado – É efectuado um inventário mensal e as informações são registadas.

## 5. Distribuição

Recomendações	Constatações
Desenvolver e distribuir um plano escrito que defina claramente como actuar e gerir o transporte em caso de distribuição de emergência.	Não efectuado - ver recomendação acima.
Usar indicadores de congelamento para transporte de vacinas quando sejam utilizados para transporte pacotes de gelo tratado.	Geralmente são utilizados pacotes de água arrefecida para o transporte entre o nível central e os distritos.

## 6. Gestão de Vacinas

Recomendações	Constatações
Monitorar e documentar o desperdício de ampolas de vacinas fechadas ao nível dos dos armazéns por todo o país.	O formulário a ser completado pelos distritos sanitários e postos de saúde agora inclui o nível de desperdício em % e a quantidade de produto.
Avaliar periodicamente o tratamento de resíduos.	Não efectuado - ver recomendação acima.

## **Constatações**

- 1) Foram demonstrados alguns progressos ao nível das acções que são relativamente fáceis de implementar, o que de certa forma é encorajador e revela o compromisso do país em melhorar o estado actual. O maior entrave para a continuação das acções aparenta ser o mais uma vez a falta de orçamento para estas actividades, em parte explicado pelo facto de os fundos da HSS não terem ainda sido libertados.
- 2) Adicionalmente, a falta de pessoal chave, um deles tendo estado em formação por seis meses e o outro de férias por dois meses, atrasou a implementação de certas actividades. Verificou-se também que as informações não estão completamente actualizadas no sistema ou não estão reportadas por completo nos formulários em papel.

## **Recomendações**

Assim que a equipa do programa EPI esteja de novo completa, o Ministério da Saúde deverá garantir que toda a informação relativa à gestão de stocks de vacinas e consumíveis esteja actualizada, incluindo guias de recepção e entrega (com quantidades, lotes, datas de validade, estado VVM) e também temperaturas e alarmes.

### **4.2.1.2 Centros de saúde e postos de saúde**

Na avaliação EVM as pontuações mais altas foram atribuídas a todos os critérios com excepção da manutenção e gestão de stocks. A ferramenta VCCM resume as principais constatações nestas áreas, com base nas duas visitas que foram feitas aos centros de saúde de Me Zochi e Cantagalo e aos postos de saúde de Bombom e Água Izé.

## **Constatações**

Em termos gerais, as vacinas são bem geridas, e o pessoal tem consciência da importância da monitorização da temperatura. Uma vez adquiridas as etiquetas para frigoríficos previstas no orçamento da HSS, o pessoal deverá receber formação adicional sobre a utilização e registo de informação, incluindo os alarmes.

- 1) São ainda necessárias algumas melhorias em termos de gestão de stocks e a formação do pessoal deverá prosseguir de forma continuada.
- 2) Em relação à manutenção e substituição do equipamento de cadeia de frio, a responsabilidade continua a recair sobre o Ministério da Saúde, que deveria ter um plano adequado e os recursos necessários para as garantir.

## **Recomendações**

- 1) O Ministério da Saúde deverá garantir através de supervisões regulares que todas as ferramentas de gestão de stocks são devidamente preenchidas nos centros e postos de saúde (incluindo informações sobre os lotes, datas de validade e estado VMM).
- 2) O Ministério da Saúde deverá garantir que o seu pessoal recebe formação adequada na utilização das etiquetas de frigoríficos após a sua aquisição.

## **4.2 Aquisições de outros produtos que não vacinas**

No seio da DAF existe uma unidade especial chamada UGEL (Unidade de Gestão e Licitação) responsável por todas as aquisições de bens e serviços ao nível central e distrital. A DAF planeia efectuar as compras de todos os bens e serviços não médicos financiados pela GAVI através desta unidade. A UGEL actua em conformidade com a lei Nº 8/2009 que regula os concursos públicos e os processos de contratação. Está encarregue da generalidade dos processos administrativos de aquisição (desde o momento da autorização / envio de documentação até ao pedido de pagamento).

De acordo com a lei Nº 8/2009 (artigo 108), a recepção será efectuada pela pessoa ou comité designado pela Autoridade de Contratação, que tem a responsabilidade de verificar a conformidade com os termos do contrato dos bens ou serviços fornecidos. Caso o Ministério da Saúde efectue a ordem de compra, a Direcção Nacional de Gestão de Activos (parte do Ministério das Finanças) é a entidade responsável por efectuar estas verificações.

Dentro do Ministério da Saúde, a DAF é responsável por verificar se os bens ou serviços pedidos estão de acordo com os orçamentos dos parceiros ou do governo. Tendo em conta que a maioria dos itens não médicos a ser adquiridos no âmbito da subvenção GAVI HSS excedem os 40'000 euros, a forma mais apropriada para a sua aquisição será um concurso público aberto (*open tender*).

O Artigo 122 do Código Aduaneiro (decreto Nº39/2009) define os casos de isenção de imposto:

- Parágrafo r) declara que os bens adquiridos através de doações ou subsídios e oferecidos a entidades reconhecidas como de interesse público estão isentos de imposto.
- Parágrafo s), declara que bens oferecidos ao governo ou a qualquer outra organização pública, nacional ou internacional estão isentos de imposto.

Toda a documentação relativa aos processos de aquisição é mantida na UGEL, ao nível da DAF do Ministério da Saúde.

### **Constatações**

- 1) Não existe um manual de procedimentos específico na DAF aplicável às aquisições de bens e serviços a efectuar na futura subvenção HSS da GAVI.
- 2) Tal como recomendado nas políticas de procedimentos da GAVI, os fundos GAVI devem ser incluídos no orçamento de estado. Isto implica a supervisão de todo o processo de concurso público pelo Gabinete de Coordenação e Monitorização do Sistema de Aquisições Públicas do Ministério das Finanças, o que pode resultar em atrasos na aquisição de bens e serviços e dessa forma levar ao atraso no início de um número significativo de actividades.
- 3) A UGEL parece ser razoavelmente efectiva no que respeita à aquisição de itens não médicos. No entanto, tendo em conta os problemas encontrados através do PCA, é recomendado que seja a AFAP a receber os fundos provenientes da GAVI durante os primeiros 6 meses da subvenção pecuniária HSS. O que constitui um dilema.
- 4) Até ao momento, os detalhes relativos à contribuição do Estado continuam por esclarecer.

## **Recomendações**

- 1) O manual de procedimentos, a ser elaborado pela DAF com o apoio da AFAP, deverá incluir todas as condições reflectidas na lei Nº 8/2009 e no Código Aduaneiro (decreto Nº39/2009) e que são aplicáveis à subvenção GAVI HSS.
- 2) Independentemente do agente de aquisições seleccionado para efectuar as aquisições de itens não médicos (UGEL ou AFAP), o Ministério das Finanças deverá comprometer-se, por exemplo, assinando as GMR, a supervisionar os processos de aquisição dentro de um limite razoável de tempo, de forma a não provocar atrasos no início efectivo das actividades e prejudicar a absorção da subvenção GAVI HSS. Uma vez que a maioria dos itens não médicos previstos para ser adquiridos no âmbito da subvenção GAVI HSS excedem os 40'000 euros, e tendo em conta o tamanho limitado do mercado interno em STP, a forma mais apropriada de os adquirir será através de um concurso público aberto, de forma a garantir a competitividade e os melhores preços.
- 3) Deverá ser levada a cabo, o mais rapidamente possível, uma avaliação das capacidades da AFAP no âmbito de compras e aquisições de materiais não médicos, de forma a garantir que esta cumpre os requisitos mínimos e que a sua capacidade excede a da UGEL. A decisão final de atribuição da responsabilidade sobre as compras de materiais não médicos deverá basear-se nas decisões finais desta avaliação.
- 4) O Ministério da Saúde deve esclarecer se os montantes relativos às isenções de impostos serão classificados como contribuições do governo para o financiamento da subvenção HSS. Caso este seja o caso, então o sistema contabilístico e de reporte terá de ser clarificado.