

---

# DE ALMA-ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, 1978–2018

---

**Flávio Castelo David dos Santos Andrade<sup>1</sup>**

*1. PhD em Ciências da Educação. Técnico Especialista do Programa de Saúde Mental da Direção dos Cuidados da Saúde do Ministério da Saúde. Professor Assistente na Faculdade de Ciências das Tecnologias da Universidade Pública de São Tomé e Príncipe (FCT-USTP). [davidflacas25@hotmail.com](mailto:davidflacas25@hotmail.com).*

## Resumo

Este artigo teve como objetivo refletir sobre a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o grau de sua articulação com os serviços especializados e hospitalares em São Tomé e Príncipe (STP). Os documentos utilizados foram: Política Nacional da Saúde, Carta Sanitária, Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde, entre outros. A metodologia adotada é qualitativa, e as técnicas utilizadas foram a pesquisa documental para coleta de informações e a análise documental para tratamento. Os resultados apontam que a atual preocupação das autoridades responsáveis da saúde esteja direcionada às Doenças Não Transmissíveis, como diabetes, hipertensão, acidentes vascular cerebral, doenças emergentes, entre outras. Observa-se que existe um déficit pesadíssimo de recursos humanos no âmbito dos CSP que importa inverter; por essa razão, deve-se apostar nas formações de especialistas nacionais em saúde pública e demais áreas. Percebe-se também que, para aumentar a sua capacidade de intervenção, o país precisa de se modernizar, diversificar e melhorar as infraestruturas de saúde. Conclui-se ainda que é urgente apropriar os CSP no Serviço Nacional de Saúde em STP, por meio de uma Direção-Geral da Saúde, com a necessitada robustez política, financeira e operacional.

**Palavras-chave:** Cuidados de Saúde Primários. São Tomé e Príncipe.

## Abstract

This article aimed to reflect the evolution of primary health care and the degree of its articulation with specialized and hospital services in São Tomé and Príncipe (STP). The documents used were: National Health Policy, Health Charter, National Health Development Plan, among others. The methodology adopted is qualitative, and the techniques used were document research for information collection and document analysis for treatment. The results indicate that the current concern of the authorities responsible for health is directed to Non-communicable Diseases, such as Diabetes, Hypertension, Stroke, Emerging Diseases, among others. It can be observed that there is a huge shortage of human resources within the CSP that needs to be reversed; for this reason, the training of national experts in public health and other areas should be invested. It is also clear that, in order to increase its intervention capacity, the country needs to modernize, diversify and improve its health infrastructure. It is also concluded that it is urgent to appropriate primary health care in the national health service in STP, through a General Directorate of Health (DGS), with the necessary political, financial and operational robustness.

**Keywords:** Primary Health Care. São Tomé and Príncipe.

## INTRODUÇÃO

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, Cazaquistão, em setembro de 1978, revelava-se a “necessidade de acção urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”<sup>1</sup>.

Nessa conferência, a OMS, citada por Pisco e Pinto<sup>2(1199)</sup>, propõe atingir a meta Saúde para todos no ano 2000 por meio da implementação e do desenvolvimento, em todo o mundo, dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Já na Conferência de Astana, realizada em outubro de 2018, houve o propósito de renovar o compromisso do CSP para o alcance da cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>3</sup>.

Segundo Giovanella et al.<sup>3(4)</sup>, em Astana, reconhece-se que:

O sucesso da APS será dependente de: financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares com trabalho decente e valorizado, atenção integrada para todas as pessoas, de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos e com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação.

## JUSTIFICATIVA

Este artigo surge no âmbito do seminário “De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP”, cujo objetivo é estudar a evolução dos CSP e o grau de sua articulação com os serviços especializados e hospitalares nos países que integram a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Nesse sentido, enquanto membro da CPLP, propomos a seguinte questão de investigação: que conhecimentos detemos relativamente ao grau de desenvolvimento dos CSP e sua integração com os cuidados ambulatoriais especializados e hospitalares em São Tomé e Príncipe? Para responder a essa pergunta de partida, foram delineados os seguintes objetivos:

### Objetivo geral

Refletir sobre a evolução dos CSP e o grau de sua articulação com os serviços especializados e hospitalares em São Tomé e Príncipe (STP).

## Objetivos específicos

1. Elencar as etapas de desenvolvimento dos CSP em STP entre 1978-2018;
2. Descrever o grau de desenvolvimento dos CSP, mediante programas, políticas e estratégias oficiais adotadas;
3. Relatar os principais resultados obtidos ao longo do tempo e desafios a serem superados.

## 1. AS DÉCADAS DE 1980, 1990 E INÍCIO DE 2000: PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

O percurso de Alma Ata a Astana, 1978-2018, na nossa análise, pode-se edificar em três grandes fases que marcam a história CSP-STP: 1ª Fase, entre 1978 e 1990, é constituída por dois momentos – a. Início do Programa de Erradicação do Paludismo – 1980; e b. Criação do Serviço Nacional de Saúde – 1981, pelo Decreto-Lei nº 7 /81. A 2ª Fase ocorre na década 1990 a 2000 – com a Instalação do Instituto Marquês de Valle Flôr em STP – Projecto Saúde Para Todos. Finalmente, a 3ª Fase que vai de 2000 a 2018 com o Surgimento dos primeiros documentos oficiais da saúde – Política Nacional da Saúde em 2000.

### A 1ª Fase, de 1978 a 1990

#### *a. Início do Programa de Erradicação do Paludismo – 1980*

De acordo com o Centro Nacional de Endemias (CNE)<sup>4(13-14)</sup>, a história da luta contra o paludismo em STP foi iniciada em 1905, por Bruto da Costa<sup>i</sup>, por meio da drenagem de pântanos na cidade de São Tomé. Em 1968, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (IHMT) criou a Missão de Erradicação do Paludismo em São Tomé e Príncipe (MEP), tendo como estratégia de controle a Pulverização Intradomiciliar (PID) com Diclo-Diclofenil-Tricloreto DDT. As PID foram abolidas em 1974, e foi somente após a independência do país, em 1975, que a luta foi retomada de maneira organizada, com cobertura de PID de até 97,6% (em 1983).

Nesse sentido, podemos considerar que esse momento marca a história dos CSP-STP, que ocorre na década 1980, mais propriamente cerca de dois anos após a Conferência de Alma-Ata, realizada em Cazaquistão em 1978. Apesar da MEP ter sido criada, desde 1968, pelo IHMT, foi na década 1980 que foi realçado o trabalho desenvolvido

---

i. Bernardo Francisco Bruto da Costa, 1878-1948, Coronel, médico reformado.

pelo médico Dr. João Viegas de Guadalupe Ceita<sup>ii</sup> que, nessa altura, trabalhou com o Ministério da Educação Popular no Programa de Erradicação do Paludismo. Tal como o Ceita, citado por Cardoso<sup>5(372-377)</sup>, frisou que:

Todos sabemos que era frequente dizer-se que muitas crianças morriam de repente, algumas até ao colo da mãe, porque os feiticeiros lhes chupavam o sangue. Mas esses feiticeiros, como ficou provado com a campanha de MEP, era o Paludismo. Para elucidar aos leitores e em especial a juventude actual obcecada com a varinha mágica, nada mais que os números e os seus altifalantes à frente da MEP (Missão de Erradicação do Paludismo), na saúde pública são-tomense. Depois do início da campanha, em 1980, os resultados foram espectaculares nos três anos seguintes. Não houve nenhum caso de óbito por causa do Paludismo em 1981, 1982 e 1983. Já não se falava do feiticeiro que chupava sangue às crianças, porque o feiticeiro – o Paludismo – assim como os mosquitos que os transportavam de pessoas doentes às pessoas sãs, tinham sido reduzidos ao mínimo.

Nessa senda, o CNE<sup>4(14)</sup> defende que:

A MEP foi então transformada num Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP) e só em 1996 que a política nacional de saúde reconheceu o paludismo como uma prioridade absoluta do sistema de saúde na República Democrática de São Tomé e Príncipe. O sistema nacional de saúde confirma a oferta de serviços gratuitos para todas as medidas de combate ao paludismo, nomeadamente, medicamentos anti-maláricos (paludismo simples e grave), diagnóstico biológico (TDR<sup>iii</sup> e microscopia), pulverização intradomiciliar (PID), até a distribuição de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração (MILDAs<sup>iv</sup>) e a luta anti-larvar.

Em suma, esse primeiro momento, basicamente, é constituído por intervenções preventivas que procuram promover competência pessoal e social para a saúde e o bem-estar, alterando representações, valores e práticas dos santomenses na adoção de comportamentos saudáveis ante o mosquito enquanto o vetor, e ao paludismo/malária enquanto doença. Percebe-se ainda que esse primeiro momento propicia condições para o surgimento do Decreto-Lei nº 7 /81 que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

#### *b. Criação do Serviço Nacional de Saúde – 1981, pelo Decreto-Lei nº 7 /81*

O nascimento do SNS-STP constitui o segundo grande momento da vida dos CSP. A criação do SNS ocorre, por um lado, três anos depois da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS, em Alma-Ata, e, por outro lado, seis anos depois da independência de STP, conquistada em 1975. O SNS surgiu precisamente em 1981, com Carlos Alberto Pires Tiny, Ministro da Saúde e Desporto, mediante o Decreto-Lei nº 7/81, publicado no Diário da República nº 10, de 23 de Abril de 1981<sup>6(1411)</sup>.

---

ii. Escritor, médico e político santomense, nascido em 4 de fevereiro de 1929, falecido em outubro de 2021, enquanto eu escrevia este artigo.

iii. Teste de diagnóstico rápido

iv. Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acção

Mais adiante, o STP<sup>6(1411)</sup> defendia no seu art. 1º o seguinte:

É criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que fica integrado por todas as estruturas e serviços que no País estejam virados para a solução dos problemas específicos da Saúde, nomeadamente hospitais, centros de saúde, policlínicos, postos de saúde, clínicas especializadas e estabelecimentos similares, funcionando de modo a que no conjunto constituam um sistema virado a resolver com o mais alto grau de eficiência possível os problemas de saúde da população.

Nesse contexto, ao observamos os 21 artigos que constituíram a criação do SNS-STP, é de realçar o art. 9º – Os níveis da atenção médica prestada no País serão:

1º Nível – Hospitais tipo I e II, Policlínicos; 2º Nível – Centros de Saúde Distrital (CSD); 3º Nível – Centro de Saúde Urbanos e Rurais (CSU e CSR); 4º Nível – Postos de Saúde (PS); 5º Nível – Cuidados Primários de Saúde (CPS) STP<sup>6(1412)</sup>.

A primeira observação que parece ser possível fazer do Decreto-Lei nº 7/81 diz respeito ao fato do precursor do SNS-STP, o médico Carlos Tiny, ter o cuidado de introduzir cinco níveis de atenção médica e alinhá-los a princípios da Alma-Ata, Saúde para Todos no ano 2000, seleccionando-os como os níveis mínimos para o desenvolvimento dos CSP.

Enfim, é nosso entendimento que a organização dos CSP em torno dos chamados Centro de Saúde Urbanos e Rurais (CSU e CSR) e Postos de Saúde (PS) era uma visão da Alma-Ata, Saúde para Todos no ano 2000, pois esses centros e postos representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados ao mais próximo possível dos locais onde as pessoas habitam e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

## **2ª Fase, de 1990 a 2000, “Instalação do Instituto Marquês de Valle Flôr em STP – Projecto Saúde para Todos”**

É neste período que a democracia pluralista se instala, procura consolidar, mas revela-se um novo fenômeno, a instabilidade político-governativa – por exemplo, de 1990 a 2000, houve seis<sup>v</sup> ministros da saúde. Esse número elevado de ministros, na nossa opinião, constitui um dos principais obstáculos à concepção e à implementação de políticas e demais documentos oficiais para o SNS.

Com a instalação do Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) e do Projecto Saúde para Todos, em 1988, deu-se novo impulso e direção ao SNS-STP, em termos de medicamentos e apoio médico, de enfermagem etc. Tal como é defendido no Ministério da Saú-

---

v. Levantamento feito no dia 5 de outubro de 2021, para esta investigação com bases nas fotografias de todos os ministros da saúde expostas na recepção do Ministério da Saúde.

de e dos Assuntos Sociais (MSAS)<sup>7(10)</sup>, em que, nos anos que se seguiram à independência, a Política de Saúde foi orientada pelos objetivos de Saúde para Todos até o ano 2000, com forte tônica nos CSP e no entendimento da saúde como um direito humano básico.

Particularmente Freitas<sup>vi</sup> defende que

A história do projeto Saúde para Todos é simples de contar. Durante 25 anos, o Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) desenvolveu um programa de Saúde em São Tomé e Príncipe que se dedicou essencialmente à implementação de uma rede de cuidados de saúde primários, bem como de todas as políticas de saúde pública (vacinação, saúde escolar, saúde materna e infantil). Passados que foram esses 25 anos, a esperança de vida subiu (é hoje de 70 anos) e os indicadores de saúde são dos melhores da África subsariana. São Tomé e Príncipe enviava para Portugal centenas de doentes (as chamadas evacuações sanitárias) para serem avaliados por especialistas portugueses<sup>8(204)</sup>.

Pode-se constatar que o IMVF impulsionou o SNS-STP, implementando muitas das decisões saídas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, principalmente nos CSP, preventivos, e evoluiu, consolidando para uma forma nunca vista na Ilha, a partir de 1990, apesar de nunca ter construído um hospital.

É de realçar, ainda, que esta 2ª fase vai até a realização da Conferência de Astana, e apodera da visão 2020, tal como o MSAS<sup>7(10)</sup> afirma que:

[...], em alinhamento com as tendências defendidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhece a necessidade de se renovar e reforçar os CSP; tem nos Objectivos de Desenvolvimento de Milénio (ODM) metas a atingir, até 2015, em relação à redução da mortalidade infantil, melhoria da Saúde Materna, combate a tríade VIH-SIDA, Paludismo, Tuberculose; assumiu a visão constante da Iniciativa 2020 que reconhece a saúde como um direito do homem e um investimento para o crescimento económico e desenvolvimento.

### **3ª Fase, de 2000 a 2018, “Surgimento dos primeiros documentos oficiais da saúde”**

Durante o período de 1975 a 1998, cerca de 23 anos, o MS-STP não conseguiu criar documentos reitores, necessários para aprimorar uma estrutura que permitisse apropriar os CSP no SNS, mediante uma Direção-Geral da Saúde (DGS), com um líder capaz de inovar e alavancar este setor. O Ministério da Saúde (MS)<sup>9(10)</sup> “realça que em 1999 surgiram os primeiros documentos orientadores do Serviço Nacional da Saúde, nomeadamente a Política Nacional da Saúde, a Carta Sanitária e o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde.”.

A fase 2000-2018 é mais importante dos CSP santomenses, uma vez que o MS passou a possuir bússolas, permitindo seguir orientações nacionais, saídas de deliberações internacionais.

---

vi. Presidente do Conselho de Administração do IMVF<sup>8(9)</sup>.

## 2. GRAU DE DESENVOLVIMENTO DOS CSP MEDIANTE PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS OFICIAIS ADOTADAS

### 2.1. O perfil epidemiológico e programas que integram o SNS

De forma a percebermos melhor a posição de progresso dos CSP-STP, proponho uma visita inicial sobre o perfil epidemiológico e, posteriormente, as propriedades que constituem o SNS.

#### 2.1.1. Perfil epidemiológico

Nessa senda, o MS<sup>10(15)</sup> realça o seguinte:

O perfil epidemiológico de São Tomé e Príncipe é marcado pelo predomínio de doenças não transmissíveis cuja tendência é crescente. As doenças transmissíveis continuam a constituir um problema de saúde pública, com elevada incidência de doenças respiratórias agudas, doenças diarreicas e outras doenças transmissíveis ou ligadas ao meio ambiente. Estas constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade. O país tem-se mostrado vulnerável a epidemias, registando-se em 2015 um surto de rubéola, em 2016 um surto de diarreia por rotavírus, e em 2016/2017 um surto de celulite necrotizante.

#### 2.1.2. Programas que compõem o SNS-STP

No que diz respeito aos atributos que formam o SNS, o MS<sup>10(15-16)</sup> defende que está composto por 4 domínios e 19 programas, conforme abaixo detalhados:

No que concerne ao primeiro Domínio, Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), é composto por cinco programas, a saber: i. Saúde Materno Infantil; ii. Saúde Materno Neonatal; iii. Atenção Integrada de Doenças de Infância; iv. Alargado de Vacinação; v. Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva.

Mais adiante, o mesmo documento propõe como o segundo Domínio, Doenças Não Transmissíveis (DNT); este é composto por seis programas: i. Saúde oral; ii. Doenças Tropicais Negligenciadas<sup>vii</sup>; iii. Saúde Mental; iv. Pessoas com Deficiência; v. Nutrição; e, finalmente, vi. Saúde Escolar e Adolescente.

Segue o Domínio Doenças Transmissíveis (DT) enquanto o terceiro; este é organizado por três grandes programas conforme se seguem: i. Luta Contra VIH/Sida; ii. Luta Contra Tuberculose; e, finalmente, iii. Luta Contra o Paludismo.

---

vii. Este programa está no domínio das DNT, tudo indica por algum lapso na elaboração do plano nacional de desenvolvimento da saúde, uma vez que, na nossa opinião, deveria estar incluído no domínios das doenças transmissíveis.



Relativamente ao quarto e último domínios, isto é, Outros Domínios, é integrado por cinco programas, i. Centro Nacional de Educação para a Saúde (CNES); ii. Saúde na Prisão; iii. Saúde Militar e Paramilitar; iv. Saúde das Pessoas Idosas - Geriatria e finalmente; v. Medicina Tropical.

### 2.1.2.1. Domínio Saúde Sexual e Reprodutiva

Particularmente ao primeiro domínio, ou seja, SSR, apesar de todos os cinco programas estarem integrados perfeitamente nos CSP em todo o território nacional e com resultados visíveis, selecionamos para partilhar neste artigo o quarto programa, que é o Programa Alargado de Vacinação (PAV).

Nessa senda, o MS<sup>10(20)</sup> afirma que STP tem mantido uma cobertura muito alta e equitativa de vacinação contra as doenças infantis evitáveis nos últimos anos. De acordo com O Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2014, 65,8% das crianças dos 12 aos 23 meses de vida são totalmente imunizadas e cumpriram o plano de vacinação recomendado antes do primeiro ano de vida, conforme recomendado pela OMS.

A elevada taxa de cobertura verificada deve-se a um forte engajamento do Estado na definição das suas políticas, com o apoio incontornável dos parceiros tradicionais, como UNICEF, OMS e *Alliance GAVI*<sup>10(20)</sup>.

Nesse programa, existem três grandes grupos de estratégias, a saber “1. Prestação de serviços; 2. Sistema de vigilância, e 3. Vacinação, gestão da cadeia de frio e logística”<sup>10(21)</sup>.

Segundo o MS<sup>11(18)</sup>, em relação à poliomielite, considerando a data de ocorrência do último caso de poliomielite no país (1992) e a elevada cobertura de vacinação contra a pólio (> 90%) a nível nacional desde 2000, São Tomé e Príncipe foi declarado “país livre da poliomielite” pelo Comité de Certificação para a Erradicação da Poliomielite em África (ARCC), na sua Reunião anual 2015. No entanto, o país precisa aumentar o nível de vigilância dessa doença no quadro do esforço mundial para a sua eliminação.

O último caso de sarampo registado no país ocorreu em 1994. Desde então, STP não registou nenhum caso da doença. Isso pode ser explicado pelo bom desempenho do PAV de rotina e Atividades de Vacinação Suplementar (AVS) de qualidade. A última campanha de vacinação de massa contra o sarampo foi organizada em 2012, em que a cobertura obtida foi de 105%<sup>11(18)</sup>.

Relativamente ao tétano neonatal, o MS<sup>11(18-19)</sup> afirma que ele “foi considerado eliminado em São Tomé e Príncipe desde 1995”. Por causa da elevada taxa de cobertura da vacina antitetânica nas grávidas, das altas taxas de partos assistidos por pessoal qualificado e da taxa de realização de quatro consultas pré-natais superior a 83%, o país está bem posicionado para manter o estatuto de eliminação da doença.

Tabela 1. Evolução de alguns indicadores de SSR, materna, neonatal e infantil

Evolução de alguns indicadores de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no período de 2009 a 2014, São Tomé e Príncipe		
Indicador	IDS, 2009	MICS, 2014
Rácio da mortalidade materna	158/100 000 NV	74 / 100 000 tNV
Taxa de mortalidade neonatal	18 / 1000	22 / 1000
Taxa de mortalidade infantil	38 / 1000	38 / 1000
Taxa de mortalidade em crianças < 5 / anos	64 / 1000	45 / 1000
Taxa de gravidez nas adolescentes ( 15 – 19 anos)	22, 8 %	27, 3 %
Taxa de prevalência contraceptiva	33,4 %	40,6 %
Necessidades não satisfeitas de contracepção	37,8 %	32,7 %

Fonte: MS<sup>9(22)</sup>.

Em suma, neste contexto, na promoção da saúde, nomeadamente na SSR, os sucessos alcançados pelas autoridades de saúde santomenses, por um lado, devem-se aos esforços dos profissionais da saúde e, por outro, da colaboração dos parceiros bilaterais e multilaterais, tais como FNUAP, UNICEF, GAVI e outros.

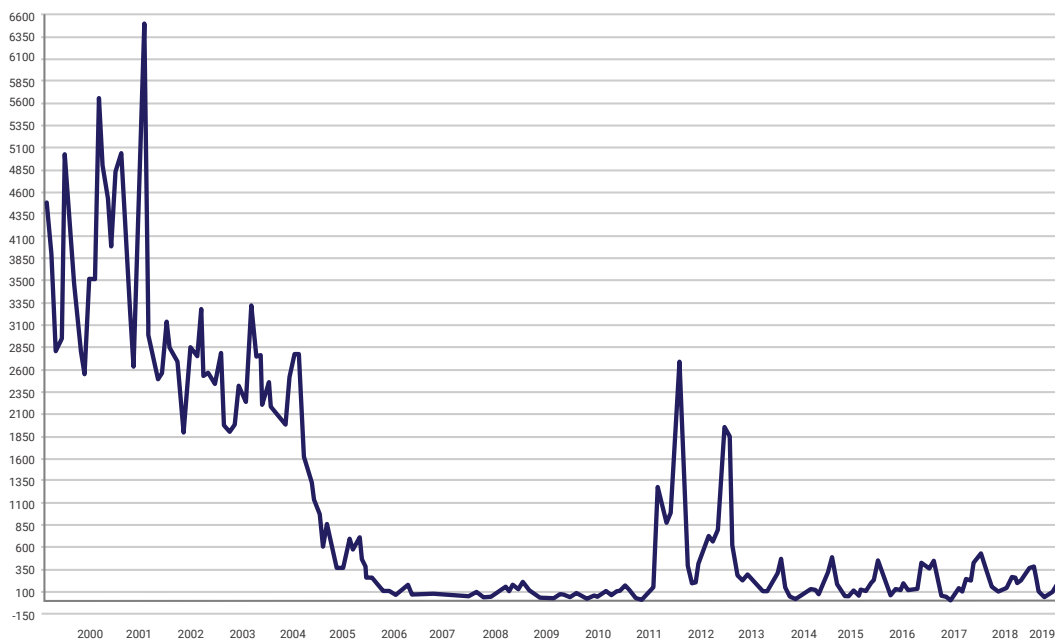
### 2.1.2.2. Domínio Doenças Transmissíveis

O terceiro grande domínio que STP tem sucesso e que está integrado nos CSP é o de DT, particularmente, o programa de “Luta Contra o Paludismo”.

No que diz respeito ao paludismo, enquanto uma das DT existente no arquipélago, o CNE<sup>4(16)</sup> afirma que “actualmente conhecido como área Hipoendémica, o país obteve resultados satisfatórios em termos de morbilidade e de mortalidade. A incidência do paludismo em STP mostrou uma diminuição significativa e acelerada, bastante satisfatório nos últimos 12 anos.”.

Esses ganhos resultam principalmente de esforços visando medidas preventivas, em especial, a luta contra o vetor causador da doença. A tendência de queda foi drástica entre 2000 e 2004. Entre 2004 e 2010, o declínio permaneceu estável, como mostra o Gráfico 1. No entanto, de 2011 a 2019, o país passou por momentos de surtos de paludismo<sup>4(16)</sup>.

Gráfico 1. Tendência na evolução do paludismo em STP, 2000-2019



Fonte: CNE<sup>4(16)</sup>.

### 2.1.2.3. Domínio Doenças Não Transmissíveis

As DNT estão constituídas em seis programas e são as maiores causas de morbidade e de mortalidade, segundo os registos hospitalares e os escassos dados fatuais disponíveis sobre elas. No entanto, as intervenções de luta contra as DNT e seus fatores de risco são insuficientes e irregulares por falta de recursos financeiros<sup>4(19)</sup>.

As DNT que ocasionam maiores problemas em termos de morbidade e mortalidade no país são a diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares (nomeadamente a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, a cardiopatia isquêmica e o acidente vascular cerebral), a insuficiência renal crônica, que é uma importante causa de evacuação médica, os traumatismos (particularmente os ocasionados por acidentes de viação) e os tumores malignos. O alcoolismo e o tabagismo constituem importantes fatores de risco para as diversas doenças crônicas acima citadas. São relativamente elevadas as taxas de prevalência de deficiências visuais, de doenças bucodentárias e de distúrbios mentais e do comportamento.

### 3. PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS AO LONGO DO TEMPO E DESAFIOS A SEREM SUPERADOS

Segundo o MSAS<sup>7(10)</sup>, alguns resultados são muito animadores; contudo, subsistem inadequações organizacionais, insuficiências estruturais, fragilidades financeiras e práticas de gestão desajustadas. Nesse sentido, pretende-se alcançar os seguintes objetivos principais:

Garantir que o sistema de saúde contribua para a equidade em saúde, justiça social, através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde; melhorar o acesso, a humanização e a satisfação; reorganizar os Cuidados de Saúde Primários, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes; melhorar a gestão dos recursos, reforçando a descentralização e a capacidade [...].

#### 3.1. Principais resultados obtidos

Relativamente ao Domínio SSR, dos indicadores que melhoraram, destacam-se: i. Índice sintético de fecundidade (IDS 2009 – 4,9%, MICS 2014 – 4,4%); ii. Taxa de prevalência contraceptiva, que passou de 33,4% a 40,6%; iii. Rácio de mortalidade materna, que sofreu uma redução de 53%; iv. Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, que diminuiu em 30% no período<sup>9(22)</sup>. Já no Domínio SSR, exemplo para o PAV, conforme MICS citado por MS<sup>10(20)</sup>, 65,8% das crianças dos 12 aos 23 meses de vida são totalmente imunizadas. A partir de 2000, STP foi declarado “país livre da poliomielite”<sup>11(18)</sup>, além disso, o último caso de sarampo registado ocorreu em 1994<sup>11(18)</sup>.

No que concerne ao Domínio DT, por exemplo, o Programa de Luta contra a Tuberculose, conclui-se que são notificados, anualmente pouco mais de 130 casos de todas as formas da doença. Entretanto, houve uma redução, de 2011 para 2012, de 146 para 127 casos<sup>10(39)</sup>. De acordo com a mesma fonte, a taxa de detecção situa-se em 79%, e de sucesso terapêutico, em 71% em 2011<sup>10(39)</sup>.

Os melhoramentos significativos na luta contra a tuberculose, portanto, devem-se a um forte compromisso político e da contribuição dos nossos parceiros, nomeadamente o Brasil, que edificou um laboratório de referência para análise da tuberculose.

Ainda nesse domínio das DT, por exemplo, no Programa de Luta Contra o VIH, é de realçar os seguintes resultados:

Os dados mais recentes mostram a tendência à redução da epidemia VIH. As novas infecções tiveram uma taxa de incidência de 0,6% em 2013 (relatório ONU/SIDA 2014). Actualmente STP possui uma epidemia de baixa prevalência; na população entre os 15 e os 49 anos a taxa de incidência passou de 1,5% em 2008 para 0,5% em 2014 e dos 15 aos 24 anos passou de 0,8% em 2008 para 0,1% em 2014. Dados do Programa Nacional indicam que a prevalência do VIH durante estes anos não ultrapassa 0,6%, sendo em 2016, 0,2% e 0,3% em 2017<sup>11(17)</sup>.

O Programa de Luta Contra o Paludismo constitui um dos programas no Domínio das DT integrado nos CSP e com resultados visíveis. Tal como o MS<sup>11(17)</sup> realçou que:

A incidência anual do paludismo passou de 411,6 à 12,5 casos por 1000 habitantes de 2001 à 2017 e o número de óbitos de 180,2 para 0,5 óbitos por 100 000 habitantes, no mesmo período. Já CNE, (2020, p. 20), a transmissão do paludismo está reduzida a um nível muito baixo, exigindo que o país avance para a eliminação. Com as baixas taxas de positividade de 0,3-2,4% (2014); 0,2-3,5% (2015) e 0,4-2,3% (2016); torna o país classificado entre os países elegíveis para pré-eliminação. Mais adiante o CNE (2020, p. 5), São Tomé e Príncipe passou do controlo para a eliminação do paludismo.

Enfim, em STP, fizeram-se melhorias significativas nos programas que constituem o Domínio DT não só no que se refere ao paludismo, que entramos na fase de eliminação, mas também no que concerne à luta contra a tuberculose devido a um forte compromisso político e da contribuição dos nossos parceiros bilateral e multilateral. No entanto, ainda há lacunas e acertos importantes que devem ser empreendidos. Por exemplo, as capacidades de diagnóstico, embora muito melhoradas com o estabelecimento do laboratório nacional de referência, ainda apresentam limitações.

### 3.2. Desafios a serem superados

Um dos grandes desafios para o Domínio SSR, por exemplo, para o PAV, é contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada com doenças evitáveis por vacinação<sup>10(20)</sup>. Já no Domínio DT, por exemplo, para o Programa de Luta Contra o Paludismo, temos como desafio o seguinte “Até 2021, reduzir a incidência de paludismo a menos 1 caso por 1000 habitantes em todos os distritos de São Tomé e 0 (zero) casos autóctones na Região Autónoma do Príncipe”<sup>10(42)</sup>. Outrossim, eliminar o paludismo em todo o país até 2025 e evitar a sua reintrodução<sup>10(41)</sup>.

No que diz respeito a programas do Domínio DNT, sendo o domínio com menor integração nos CSP-STP, as autoridades da saúde reconhecem que o país enfrenta carência de documentos orientadores oficiais para lidar e enfrentar as DNT, por exemplo, as diabetes, hipertensão, acidentes vascular cerebral, doenças emergentes, entre outros.

Colocaram em marcha com apoio dos parceiros a “Elaboração do Plano Estratégico Nacional para o Controlo do Tabaco ou Antitabaco – 2021- 2025<sup>viii</sup>” que esta em curso. Além disso, mais recentemente, a OMS radiofundiu um concurso para contratação de um consultor para elaboração de Plano Estratégico para DNT.

---

viii. Esta designação do “Plano Estratégico Nacional para o Controlo do Tabaco ou Antitabaco 2021-2025” ainda não é confirmada pelas autoridades, no entanto, já existe uma comissão nacional que está a trabalhar sobre o supracitado plano.

## 4. Estratégias adotadas para a organização dos CSP e sua articulação/integração com os cuidados ambulatoriais especializados e hospitalares

Na 71<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 21 a 26 de maio de 2018, a Ministra da Saúde, Maria de Jesus Trovoada dos Santos, defendeu que, para os próximos cinco anos, isto é, 2018-2023:

A estratégia eleita por meu país inclui uma profunda necessidade de repensarmos e reorientarmos melhor os nossos programas nacionais, de modo a que tenhamos um sistema em que os santomenses estejam capazes de responder aos desafios urgentes que o país enfrenta em termos de casos de doenças Não Transmissíveis, como as Diabetes, Hipertensão, Acidentes Vascular Cerebral, Doenças Emergentes, entre outros<sup>12</sup>.

Mais adiante, a Ministra realça que:

Neste contexto, na promoção da saúde, nomeadamente nas Doenças não transmissíveis, o meu país tem trabalhado em colaboração com alguns parceiros Bilaterais e Multilaterais. Mas, devido a nossa debilidade económica e financeira, estes recursos disponíveis para o combate a essas enfermidades têm se revelado insuficientes<sup>12</sup>.

### 4.1. Organização do Serviço Nacional de Saúde Contexto Atual

O MSAS<sup>7(57-58)</sup> defende que:

Uma estratégia importante de prestação dos cuidados de saúde assenta numa (*prática integrada de prestação de cuidados de saúde*) através de actividades promocionais, preventivas e de recuperação da saúde e no equilíbrio entre os tipos de serviços a serem prestados nos níveis distrital e nacional [...].

A Lei de Base de Saúde, Lei nº 09/2018, recentemente publicada, prevê a divisão administrativa do Sistema Nacional de Saúde estruturada em dois níveis: regional e central.

O nível regional do Sistema Nacional de Saúde está organizado em quatro áreas de saúde, nomeadamente: a Área de Saúde da Região Norte (distritos de Lobata e Lembá); a Área de Saúde da Região Centro (distritos de Água Grande e Mé-Zóchi); a Área de Saúde da Região Sul (distritos de Caué e Cantagalo) e a Área de Saúde da Região Autónoma do Príncipe (distrito sanitário do Príncipe).

No que respeita aos distritos, é a unidade funcional, fundamental da gestão e prestação de cuidados de saúde<sup>7(51-52)</sup>. “[...]Constitui o espaço privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais de atenção primária e assume a responsabilidade de ser a base do Serviço Nacional de Saúde, [...]”.

Na linha da prestação de cuidados, portanto, o distrito desempenha um papel de: apoiar e supervisionar tecnicamente as estruturas de saúde da sua área de abrangência; implantar ações de vigilância epidemiológica sanitária; promover a vigilância nutricional;

prestar assistência a grupos de risco; reorganizar a atenção à demanda espontânea; e, finalmente, aplicar métodos e técnicas de avaliação de qualidade das ações e serviços.

Os distritos estão constituídos pelas seguintes estruturas de prestação de serviço da saúde; Centros de Saúde (CS); Postos de Saúde (PS) e Postos Comunitários (PCS). Segundo o MSAS<sup>7(53)</sup>, os CS:

Constituem a estrutura fundamental do sistema de serviços de saúde no distrito, a oferecer o serviço mais diferenciado, prestado por médico geral, vocacionada para prestar cuidados integrados de atenção primária que incluem a promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde, quer nas instalações quer através de deslocações da equipa às diversas comunidades.

No que concerne ao nível Central, podem-se encontrar duas linhas, sendo de prestação de cuidados e de gestão. Para a linha da prestação de cuidados (essencialmente terciários, incluindo os prestados no exterior do país pelo processo de evacuação sanitária, mas também secundários e primários para a população mais próxima), esse nível corresponde ao Hospital Central (Geral)<sup>13(47)</sup>. Já a linha de gestão é suportada pelo MS, que, com as suas Direções, é responsável pela formulação, desenvolvimento da política de saúde, da normalização, da planificação estratégica e da coordenação com outros setores responsáveis pelo desenvolvimento da saúde: Direção dos Cuidados de Saúde (DCS) e a Direção do Plano, Administrativo e Finanças (DPAF)<sup>13(47)</sup>.

É de salientar que, ainda em nível Central, podem-se encontrar as seguintes Instituições: o CNE, criado pelo Decreto Lei nº 45/2008; a Direção do Centro Hospitalar<sup>13(48)</sup> e, finalmente, o Instituto de Droga e Toxicodependência (IDT), criado pelo Decreto Lei nº 32/2011, transferido do Ministério da Justiça e Reforma do Estado para o MS.

Tabela 2. Serviços e programas tutelados pela DCS e CNE

<b>Direção dos Cuidados de Saúde (DCS) é responsável pelos seguintes serviços:</b>	<b>Centro Nacional de Endemias (CNE), é responsável pelos seguintes serviços:</b>
Delegados Distritais da Saúde	Programa de DT
Programas da SSR + Nutrição	Programa de Paludismo
Centro Nacional de EpS	Programa de Luta Contra Tuberculose
Programa de Saúde Escolar	Programa de Luta Contra HIV / SIDA
Departamento de Farmacêutico	Programa de Doenças Negligenciadas ( <i>Helminthiases intestinais, filariase linfática etc.</i> )
Programa de Saúde Oral	Programa de DNT (Tabaco, S. Mental, Diabetes etc.)
Departamento de Vigilância e Epidemiologia	
Instituto de Droga e Toxicomania (IDT), Janeiro de 2021	

Fonte: Levantamento concebido por esta investigação, sobre os serviços e programas tutelados atualmente pelas DCS e CNE.

A fundamental análise que evidencia ser exequível fazer ao nível Central é a seguinte: os consideráveis papéis de gestão e de prestação de serviço das diversas direções que constituem este nível, a DCS, o CNE e o IDT, bem como o Fundo Nacional de Medicamentos, percebe-se que a DCS é a maior em termos das suas responsabilidades. No entanto, não tem dado as devidas respostas ao nível das suas atribuições, o que nos transporta a concluir que urge a criação da DGS, o que permitiria uma maior coordenação destas duas grandes direções, DCS e CNE, dando-lhes uma única voz, antes e depois do ministro, com consequência positiva na melhoria da medicina preventiva.

## **5. PAPEL E ATUAÇÃO DOS CSP NO ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS ENDÊMICAS E/OU NEGLIGENCIADAS**

O papel dos profissionais dos CSP torna-se cada vez mais importante; por isso, um renascimento dos CSP é essencial para fornecer saúde para todos, sobretudo aos mais vulneráveis.

Particularmente, o MS<sup>11(18-19)</sup> realça que, ainda que haja outras DT potencialmente epidêmicas – especificamente, cólera, febre-amarela, disenteria bacteriana, meningites, síndrome respiratória aguda severa, gripe pandêmica e doenças tropicais negligenciadas no país (helmintíases intestinais, schistosomíase e a filaríase linfática) –, estas são objeto de intervenções planificadas de prevenção e de resposta específicas para a redução dos riscos de eventuais surtos.

Para o MSAS<sup>13(18-19)</sup>, com a adoção da estratégia de CSP, cada nível de atendimento deixou de ser uma entidade isolada, independente, para se comunicar com os outros níveis, segundo os canais de referência e contrarreferência.

## **6. O desafio da preparação e retenção dos recursos humanos**

Para o MSAS<sup>7(29)</sup>, a questão dos recursos humanos, na área da saúde, tem sido apontada como uma preocupação reconhecida, ao longo dos anos, como elemento crítico para a implementação dos objetivos da saúde. Já para o MS<sup>10(78)</sup>, os recursos humanos correspondem à espinha dorsal do sistema nacional de saúde.

Particularmente, para o MS<sup>14(14)</sup>, o Departamento dos Recursos Humano DRH-MS, deverá ser reorganizado para elaborar e implementar um plano estratégico de desenvolvimento e formação dos recursos humanos, bem como a definição de perfis profissionais, com as respectivas competências, para a execução das ações e atividades previstas na atenção à saúde como para o apoio administrativo. Ainda na perspectiva do MS<sup>14(18)</sup>, acordos entre o Estado Santomense e as diferentes instituições acadêmicas em nível internacional, de forma que todos os diplomas possam ser entregues em STP, obri-



gando que todos os alunos bolsheiros possam regressar ao país e contribuir obrigatoriamente para o Estado, em um período mínimo de 5 anos de exercícios das suas funções.

Uma das estratégias para o retorno dos quadros seria melhoria de incentivos, particularmente, melhoria das condições técnicas de trabalho e de salário<sup>14(18)</sup>.

## CONCLUSÕES

Enfim, em STP, o caminho de Alma-Ata a Astana é praticamente feito em três fases, de 1978 a 1990, segue de 1990 a 2000 e, finalmente, a de 2000 a 2018.

Observando os melhores resultados na generalidade dos índices que avaliam os resultados em saúde, temos bons resultados na taxa de mortalidade em crianças < de 5 anos, e na mortalidade materna, boa taxa de cobertura vacinal, cerca de 95%. Introduzimos no Plano Nacional de Vacinação a vacina de HPV para as meninas de 10 anos, rotavírus e pólio injetável. Desde 2000, STP foi declarado país livre da poliomielite. O último caso de sarampo registado no país ocorreu em 1994<sup>11(18)</sup>. STP passou da fase do controlo para a eliminação do paludismo.

Pode-se concluir que é urgente apropriar os CSP no SNS-STP, por meio de uma DGS, com a necessitada robustez política, financeira e operacional.

Em suma, a atual preocupação das autoridades responsáveis da saúde está direcionada às DNT, como as diabetes, hipertensão, acidentes vascular cerebral, doenças emergentes, entre outras.

Observa-se que existe um déficit pesadíssimo de recursos humanos no âmbito dos CSP que importa inverter. Por essa razão, deve-se apostar na formação de especialistas nacionais em saúde pública e nas demais áreas, o que permitirá uma maior expansão de CSP em nível nacional.

Percebe-se que o tema evidencia francamente o desassossego das autoridades da saúde, e estas estão determinadas na promoção de oferta de cuidados de saúde de qualidade, na aposta de formação de especialistas nacionais em saúde pública, bem como na melhoria das infraestruturas de saúde, na modernização de equipamentos, na informatização de todo o sistema, particularmente para o diagnóstico, e na melhoria no modelo de prescrição médica.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978.
2. Pisco L, Pinto LF. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1197-204.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 2021 out 10]35(3):e00012219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>
4. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Endemias. Plano Estratégico Nacional para Eliminação do Paludismo em São Tomé e Príncipe 2017-2021 [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MS; 2020 [citado 2021 set 5]. Disponível em [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70).
5. Cardoso JM. Dívidas de um povo ao seu Médico. *Téla Nón* [Internet]. 2 set 2015 [citado 2021 set 30]. Disponível em <https://www.telanon.info/suplemento/opiniaio/2015/09/02/20004/dividas-de-um-povo-ao-seu-medico/>
6. São Tomé e Príncipe. Colectânea de Legislação – 1975-1989. Lisboa: Portugal Composição e impressão de Antunes & Amílcar, Lda; 1991. III Volume 1980 e 1981.
7. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (2012a). Política Nacional de Saúde [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MSAS; 2012 [citado 2021 set 5]. Disponível em: [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)
8. Instituto Marquês de Valle Flôr. Saúde para todos: 25 anos ao Serviço de São Tomé e Príncipe. República Democrática de São Tomé e Príncipe: IMFV; 2014.
9. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Estratégia Integrada de Saúde Reprodutiva, Materno, Neonatal, Infantil e dos Adolescente e Nutrição 2019-2023 [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MS; 2018 [citado 2021 set 5]. Disponível em: [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)
10. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MS; 2017-2021 [citado 2021 set 5]. Disponível em: [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)
11. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Anuário Estatístico da Saúde [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MS; 2020 [citado 2021 set 5]. Disponível em: [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)

12. São Tomé e Príncipe. Discurso da Ministra da Saúde - Maria de Jesus Trovoada dos Santos na 71 Assembleia Mundial da Saúde. Realizado aos 21-26 de maio. Genebra; 2018.

13. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MSAS; 2012 [citado 2021 set 5]. Disponível em [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)

14. São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Política Nacional de Recursos Humanos [Internet]. República Democrática de São Tomé e Príncipe: MS; 2018 [citado 2021 set 5]. Disponível em: [http://ms.gov.st/?page\\_id=70](http://ms.gov.st/?page_id=70)