



EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE: DO SISTEMA DAS ROÇAS À UNIVERSALIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE¹

*EVOLUTION OF THE HEALTH SYSTEM IN SÃO TOMÉ AND PRÍNCIPE: FROM THE
ROÇAS SYSTEM TO THE UNIVERSALITY OF THE NATIONAL HEALTH SERVICE*

*EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE A SÃO TOME ET PRINCIPE : DU
SYSTEME DE ROÇAS A L'UNIVERSALITE DU SERVICE NATIONAL DE SANTE*

**Paulo Ferrinho^a, Abgracy Beatriz^b, Adjany Vera Cruz^b, Adosinda Pinho^b,
Ailton Almeida^b, Alan Vera Cruz^b, Andreza Batista de Sousa^b,
Arlécia Baía^b, Beatriz Soares Lima Vasconcelos^b,
Ednilza Gomes de Barros^b, Eneida Marques Monte Verde^b,
Eudes Santos^b, Delfina de Ceita Quaresma^b, Geremias Viegas^b,
Hortência Maria dos Santos Dias^b, Isaulina Barreto^b, Jeryson Costa^b
Nelson Cravid do Sacramento^b, Kindia Smith Viana^b, Sydnei Carvalho^b,
Vladimir Sousa^b, Yonelma Marques Daio^b, Maria de Jesus Trovoada^c**

1. Este capítulo foi concebido por Maria de Jesus Trovoada (que em 2014 integrou o XVI Governo Constitucional de São Tomé e Príncipe, assumindo o cargo de ministra da saúde, sendo atualmente professora de saúde pública no Instituto Superior de Ciências de Saúde Victor Sá Machado (ISCSVSM) da Universidade de São Tomé e Príncipe) e por Paulo Ferrinho (professor catedrático de saúde pública global, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa). É baseado em trabalhos de grupo para complemento da conclusão da cadeira de Fundamentos de Saúde Pública no Curso de Mestrado em saúde pública, apresentados ao ISCSVSM, orientados pela professora doutora Maria de Jesus Trovoada. A primeira versão foi escrita por Paulo Ferrinho. Todos os autores comentaram e aprovaram a versão final.

a. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

b. Mestranda(o) no Mestrado em Saúde Pública do Instituto Superior de Ciências de Saúde Victor Sá Machado da Universidade de São Tomé e Príncipe, São Tomé, São Tomé e Príncipe. Listados por ordem alfabética do primeiro nome.

c. Instituto Superior de Ciências de Saúde Victor Sá Machado da Universidade de S. Tomé e Príncipe, e Unidade de Estudos e Pesquisas, Centro Nacional de Endemias, Ministério da Saúde, São Tomé, São Tomé e Príncipe.

Resumo

São Tomé e Príncipe (STP), nos 50 anos que decorreram desde a sua independência, tem percorrido um caminho – sobressaltado pelas circunstâncias da sua insularidade, frágil base econômica e transições diversas (demográficas, epidemiológicas, econômicas e democráticas) – que evoluiu de um sistema centrado em serviços de saúde arquitetados, no período colonial, em uma lógica de fragmentação pelas maiores roças, de acesso limitado aos grupos populacionais que lhes estavam circunscritos, na maioria serviçais dessas mesmas roças, e apoiados por programas verticais, para um serviço nacional de saúde, tendencialmente universal, parcialmente gratuito, dando primazia aos cuidados de saúde primários e, cada vez mais, reafirmando a sua soberania e autonomia, com recurso à formação de quadros no país e às tecnologias de informação e comunicação para diminuir as evacuações para o estrangeiro, apostando também na melhoria das carreiras e das condições de trabalho para redistribuir, reter e motivar a sua força de trabalho.

Palavras-chave: São Tomé e Príncipe, sistema nacional de saúde, estados insulares em desenvolvimento, serviço nacional de saúde, planos de saúde, planos de recursos humanos da saúde, formação de recursos humanos da saúde, recursos humanos da saúde, financiamento da saúde.

Abstract

STP, in the 50 years since its independence, has followed a path – marked by the circumstances of its insularity, fragile economic base and diverse transitions (demographic, epidemiological, economic and democratic) – which has evolved from a system centered on health services designed, in the colonial period, in a logic of fragmentation by the largest *roças*, with limited access to the population groups that were circumscribed to them, most of whom were employees of these same *roças*, and supported by vertical programs, to a national health service, tending to be universal, partially free, giving priority to primary health care and, increasingly, reaffirming its sovereignty and autonomy, by training of staff in the country and making use of information and communication technologies to reduce evacuations abroad, also focusing on improving careers and working conditions to redistribute, retain and motivate its workforce.

Keywords: São Tomé and Príncipe, national health system, developing island states, national health service, health plans, human resources for health plans, training of human resources for health, human resources for health, health financing.

Résumé

São Tomé e Príncipe, au cours des 50 années qui ont suivi son indépendance, a suivi un chemin – marqué par les circonstances de son insularité, de sa base économique fragile et de diverses transitions (démographiques, épidémiologiques, économiques et démocratiques) – qui a évolué à partir d'un système centré sur des services de santé conçus, à l'époque coloniale, dans une logique de fragmentation par les *roças* les plus grandes, avec un accès limité aux groupes de population qui leur étaient circonscrits, dont la plupart étaient des serviteurs de ces mêmes *roças*, et soutenus par des programmes verticaux, pour un service national de santé, tendant à être universels, partiellement gratuits, donnant la priorité aux soins de santé primaires et, de plus en plus, réaffirmant sa souveraineté et son autonomie, utilisant la formation du personnel dans le pays et les technologies de l'information et de la communication pour réduire les évacuations à l'étranger, également se concentrer sur l'amélioration des carrières et des conditions de travail pour redistribuer, retenir et motiver sa main-d'œuvre.

Mots clés: São Tomé et Príncipe, système national de santé, États insulaires en développement, service national de santé, plans de santé, plans de ressources humaines en santé, formation des ressources humaines en santé, ressources humaines en santé, financement de la santé.

INTRODUÇÃO

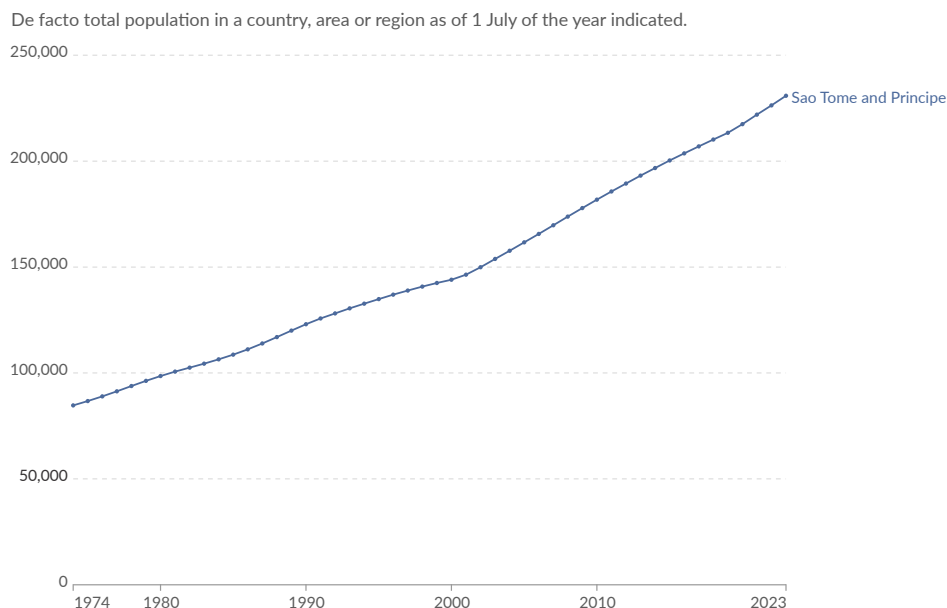
São Tomé e Príncipe (STP), oficialmente República Democrática de São Tomé e Príncipe, é um pequeno estado insular em desenvolvimento, no Golfo da Guiné, na costa equatorial ocidental da África Central. Consiste em duas ilhas principais e 12 ilhéus não habitados. As ilhas de STP distam cerca de 140 km uma da outra e em torno de 250 e 225 km da costa noroeste do Gabão respetivamente. São ilhas de origem vulcânica, cujos pontos mais altos são o “Pico de São Tomé” (2.024 m), em São Tomé, e o “Pico do Príncipe” (948 m), na ilha do Príncipe. O clima é tropical húmido, com duas estações: a das chuvas, de aproximadamente nove meses, de setembro a maio; e a estação seca, chamada “Gravana”, de cerca de três meses, de junho a agosto. Existe ainda uma temporada intermediária, “Gravanito”, que ocorre temporariamente, entre os meses de dezembro e janeiro, dependendo do deslocamento da zona de convergência intertropical. Dadas as características do relevo, existem vários microclimas.

As ilhas estiveram desabitadas até a sua descoberta por exploradores portugueses em 1470. Gradualmente colonizadas pelos portugueses ao longo do século XVI, serviram de entreposto para o comércio de escravizados no Atlântico. O solo vulcânico mostrou-se ideal para o cultivo de cana-de-açúcar e, mais tarde, do café e do cacau. Ciclos de agitação social e instabilidade econômica ao longo dos séculos XIX e XX culminaram na independência em 1975.

A sua breve história como país independente separa-se em dois períodos, identificados como: a 1ª República – regime autoritário de partido único e orientação marxista – até 1990 e, desde então, com a aprovação da Constituição Política referendada em agosto de 1990, a 2ª República, multipartidária e de mercado liberalizado que, apesar de alguma instabilidade e golpes militares frustrados (1995, 2003 e 2022), transformou-se em um dos países mais democráticos de África.

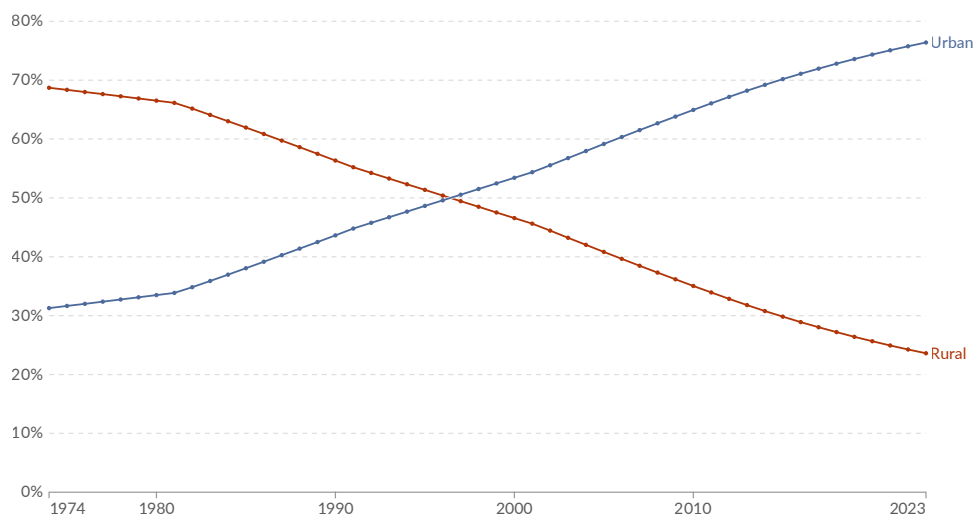
Com uma população de 230.881 habitantes (estimativa de 2023) (Figura 1) distribuídos por 1 001 km², na sua maioria urbana (Figura 2), é o segundo Estado soberano africano menos populoso, depois das Seicheles, bem como o menor país de língua oficial portuguesa. A população é predominantemente de ascendência africana e mestiça, maioritariamente identificada com o catolicismo romano.

Figura 1. População



Fonte: <https://ourworldindata.org>

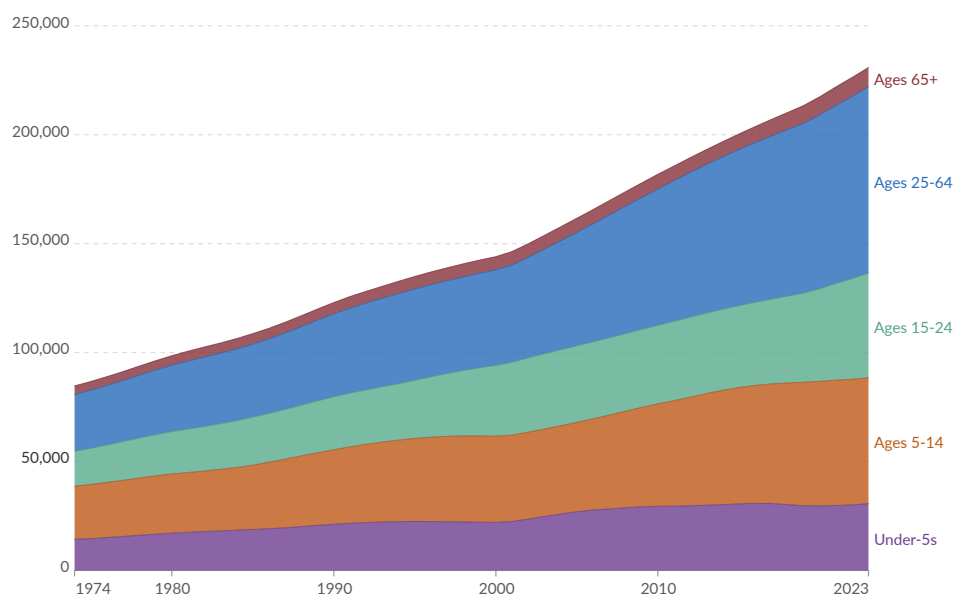
Figura 2. Distribuição percentual da população entre zonas urbanas e rurais



Fonte: <https://ourworldindata.org>

A estrutura etária, ainda relativamente jovem, reflete uma diminuição paulatina da população com menos de 15 anos relativamente aos restantes grupos etários (Figura 3), resultado de uma taxa de natalidade a diminuir mais rapidamente que a taxa de mortalidade (Figura 4), que, por sua vez, refletem no aumento da esperança de vida (Figura 5).

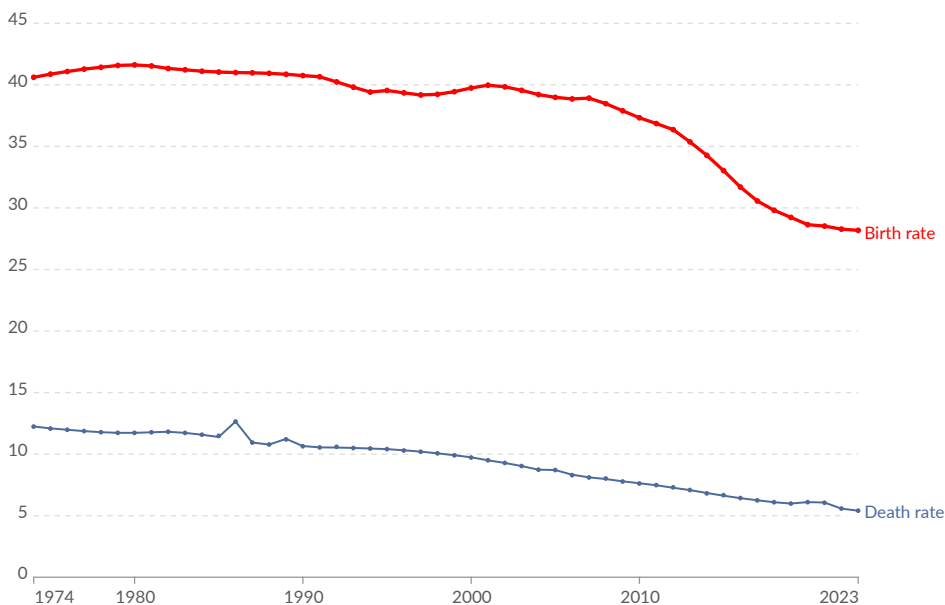
Figura 3. Estrutura etária da população



Fonte: <https://ourworldindata.org>

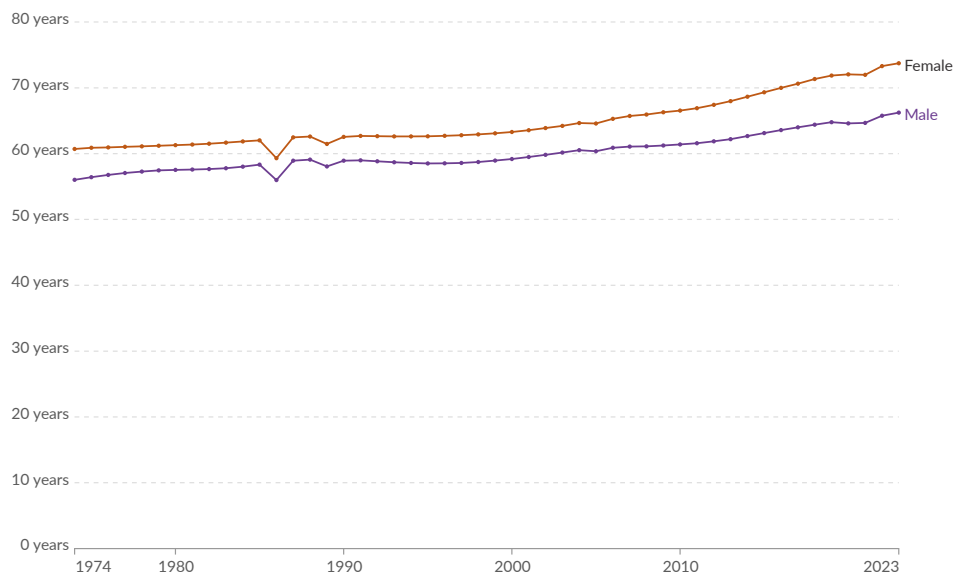
Figura 4. Evolução das taxas de natalidade e mortalidade

Estimated number of annual births and deaths per 1,000 people.



Fonte: <https://ourworldindata.org>

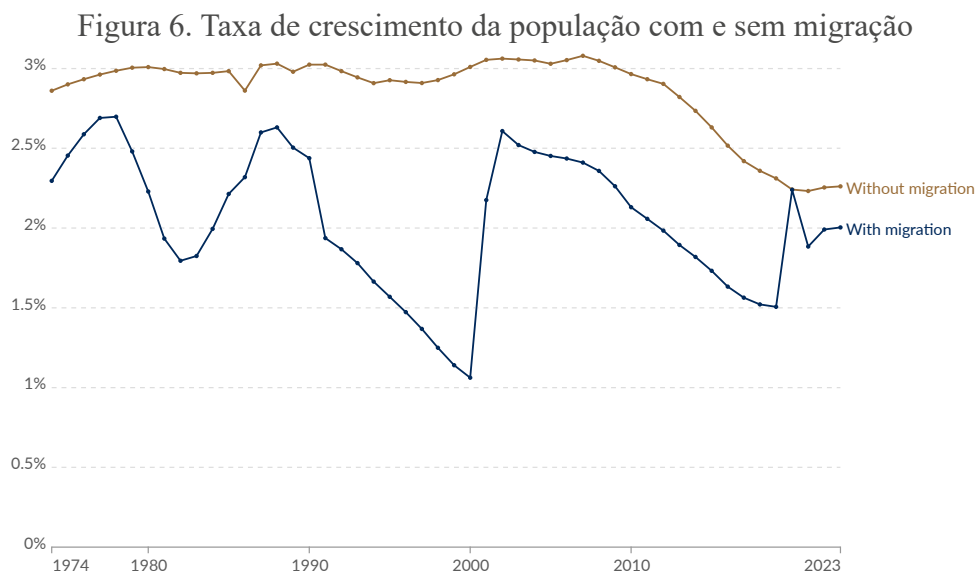
Figura 5. Esperança de vida à nascença por sexo



1. Period life expectancy: Period life expectancy is a metric that summarizes death rates across all age groups in one particular year. For a given year, it represents the average lifespan for a hypothetical group of people, if they experienced the same age-specific death rates throughout their whole lives as the age-specific death rates seen in that particular year. Learn more in our articles: "Life expectancy" – What does this actually mean? and Period versus cohort measures: what's the difference?

Fonte: <https://ourworldindata.org>

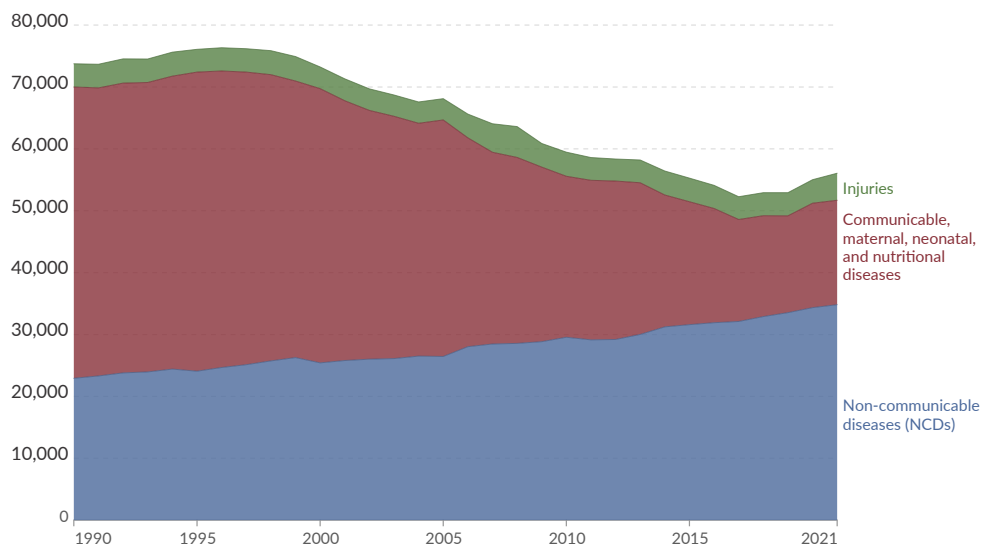
A redução da natalidade e a emigração contribuem para a redução da taxa de crescimento da população (Figura 6).



Fonte: <https://ourworldindata.org>

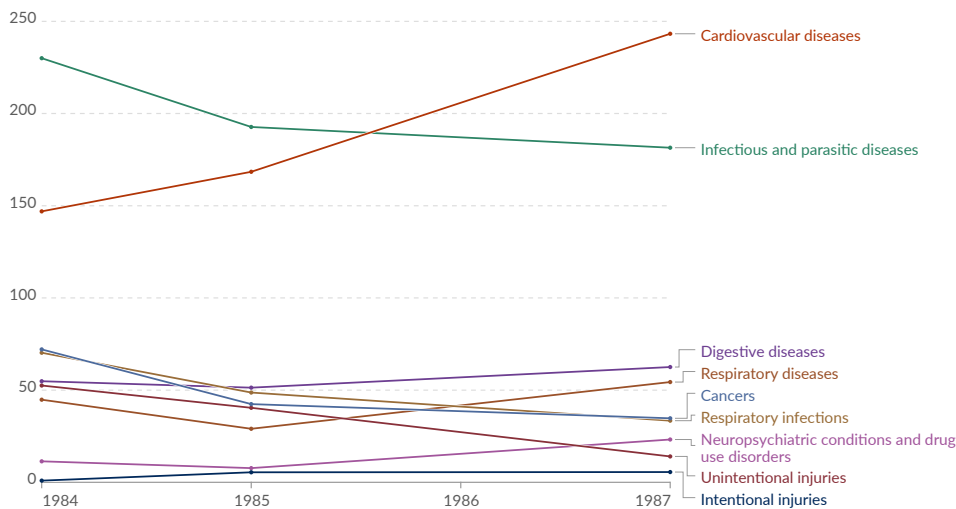
As transições demográfica e epidemiológica refletem-se no peso crescente das doenças não transmissíveis na carga de doença (Figura 7) e na mortalidade (Figura 8), com compressão desta para grupos etários mais avançados (Figura 9).

Figura 7. Carga de doença por causa



Fonte: <https://ourworldindata.org>

Figura 8. Taxa de mortalidade pelas 10 causas mais frequentes

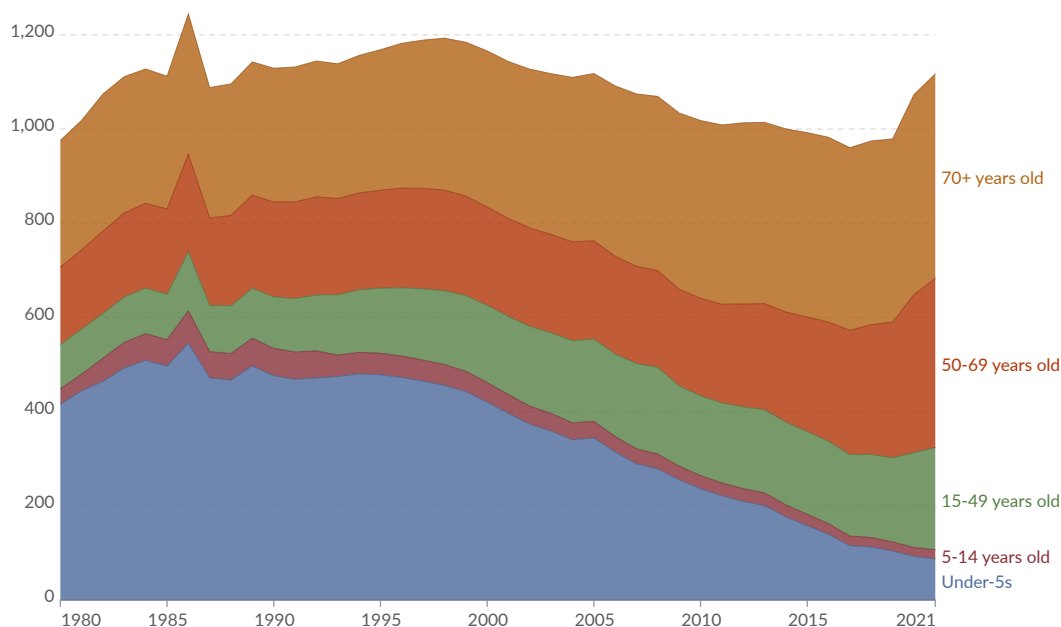


1. Underlying cause of death: The 'underlying cause of death' is defined by the World Health Organization as: a) the disease or injury which initiated the train of morbid events leading directly to death, or b) the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury. All deaths may not be registered with a cause of death, especially if there is a lack of medical records for the person deceased, a lack of doctors, determined in our article: How are causes of death registered around the world?

2. Age standardization: Age standardization is an adjustment that makes it possible to compare populations with different age structures, by standardizing them to a common reference population.

fonte: <https://ourworldindata.org>

Figura 9. Número total de mortes por todas as causas por grupos etários



Fonte: <https://ourworldindata.org>

CONJUNTURA ECONÔMICA

STP é um arquipélago, com um rendimento médio-baixo, possuidor de uma riqueza natural que é favorável ao turismo baseado na natureza.

A sua pequena dimensão resulta em uma base produtiva diminuta e pouco diversificada. O seu afastamento e insularidade aumentam os custos comerciais e tornam-no mais vulnerável a choques climáticos. O isolamento é agravado pela baixa percentagem da população com acesso à internet (51% em 2021), embora o acesso ao telemóvel tenha uma taxa de assinaturas de 87% em 2022. Apesar de um crescimento significativo do PIB desde o início do milénio (com alguma estagnação na última década) e de um PIB per capita acima dos US\$ 3 mil (com um crescimento sustentado neste milénio, embora com alguma retrocesso nos anos mais recentes, provavelmente atribuível à pandemia da covid-19), observa-se uma elevada pobreza (em 2017, 15,7% da população vivia em pobreza extrema), grandes desigualdades de rendimentos (índice de Gini de 51 em 2023) e fracas oportunidades de emprego (taxa de desemprego de 14,4% da força de trabalho em 2022), conducentes a níveis preocupantes de emigração (Figura 6).²

As faltas de escala na provisão de bens públicos refletem-se no elevado custo da prestação de serviços públicos, penalizando as finanças públicas, agravadas também pela fraca mobilização de receitas internas e pela redução no financiamento externo, o que tem implicações para o financiamento da saúde. A análise desse investimento em saúde tem recebido atenção crescente, desde que, em 2012, começaram a ser publicados relatórios bienais das contas nacionais de saúde (Caixa 1)¹⁻⁴.

Caixa 1. Contas nacionais de saúde 2012-2021

Em 27 de abril de 2001, os governos da União Africana adotaram a Declaração de Abuja, na qual estabeleceram a meta de afetar pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais para melhorar os cuidados de saúde. Embora com flutuações, as despesas do Estado santomen-se com a saúde aproximam-se dessa meta. A despesa total com a saúde diminuiu ao longo do atual milénio de pouco menos de 11%

em 2000 para pouco menos de 8% do PIB em 2021, correspondendo a cerca de US\$ 200 per capita por ano.

Destas despesas, fontes públicas nacionais correspondem a cerca de 2,5% do PIB, representado por volta de metade do total das despesas, com as despesas privadas a corresponderem a pouco menos de 25% desse total e os pagamentos diretos a quase 20%.

2. Os dados apresentados foram obtidos de <https://ourworldindata.org> em consulta realizada a 26 de novembro de 2024.

A despesa pública com a saúde como percentagem do orçamento do estado caiu a pique no início do milénio, recuperando paulatinamente desde 2005 para cerca de 13% em 2021.

Os doadores bilaterais e multilaterais são os maiores financiadores das despesas com a saúde, seguidos do governo e pelos pagamentos diretos das famílias.

STP é o país da região africana e dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento onde a percentagem de famílias com despesas de saúde catastróficas no acesso aos serviços de saúde, incluindo a procura de cuidados médicos ou evacuações médicas para Portugal, é mais elevada: 54% dos agregados familiares não têm meios para comprar os medicamentos de que carecem e 10% não têm acesso aos serviços de saúde de que necessitam.

O governo autorizou a participação da população nas despesas dos cuidados com a saúde pelo sistema de recuperação dos custos, o que permitiria às unidades sanitárias de participarem no financiamento das suas despesas de

funcionamento, o que se tem feito de forma arbitrária e desorganizada, sendo o montante da recuperação parcial dos custos nas estruturas sanitárias desconhecido por falta de cumprimento dos procedimentos do registo contabilístico nas estruturas sanitárias dos distritos. Por essa razão, esse financiamento não tem reflexos nas contas da saúde.

As maiores despesas são com os hospitais, com os cuidados curativos, com a população na faixa etária entre os 15 e os 49 anos, com as doenças infecciosas e parasitárias (com realce para o paludismo) e, em relação aos fatores de produção, com os recursos humanos.

O sistema de seguros saúde é quase inexistente (0,7%). O sistema de segurança social do país cobre apenas uma pequena parte da população e não cobre o risco de doença.

A capacidade de execução é baixa, e a percentagem de fundos utilizados é geralmente inferior ao previsto, o que, em parte, também se justifica pela baixa capacidade do governo em mobilizar recursos financeiros.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa¹⁻⁷.

MOMENTOS MARCANTES DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Foi assim, condicionado pelo passado colonial e pelo contexto descrito acima, que o sistema de saúde de STP evoluiu.

FASE COLONIAL

No século XIX, os serviços de Saúde e Higiene da colônia de STP, como todos os serviços de saúde coloniais, tinham organização militar e eram regidos pela Carta de Lei de 1896.

Paralelamente, com o aumento exponencial do número de unidades produtivas, STP chegou a 200 roças, incluindo os seus polos e as suas dependências. De pequenas estruturas agrícolas com morfologias simples, onde existia uma linha padrão composta por: casa do proprietário, senzalas para os trabalhadores, e armazéns para dar apoio à cadeia produtiva, as roças transformam-se em centros industrializados, que investiram em estruturas autossuficientes que conseguiam dar resposta à grande parte das necessidades dos seus trabalhadores, que incluíam habitação, educação, saúde (hospital, enfermaria, maternidade, posto de saúde e farmácia), alimentação e vestuário⁸. As maiores roças, roça cidade, aparentam diversas características de um centro urbano, de dimensão considerável, acompanhadas por um elevado aglomerado populacional, por vezes exigindo a construção de um segundo hospital. Ainda que, ocasionalmente, fossem apenas postos de saúde e pequenos serviços de assistência, esses equipamentos de apoio à saúde, devido à sua localização centralizada em relação a outras roças, bem como à proximidade à rede viária, como era o caso do Hospital da Roça Dr. Agostinho Neto, permitiram que o hospital assistisse grande parte da população em um sistema de suporte comunitário que apoiava toda a vizinhança, fazendo ela parte da roça ou não⁹.

A partir de 1919, os serviços de saúde para a população, reconhecendo a evolução que descrevemos, passaram a ter organização civil e, posteriormente, a partir de 1945, esses serviços passaram a compreender:

- O Hospital Central Dr. Oliveira Salazar na cidade capital, construído em 1943 (atual Hospital Dr. Ayres de Menezes);
- O Hospital da Ilha de Príncipe (hoje Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça);
- 12 Hospitais de Roça;
- Duas delegacias de Saúde;
- 10 Postos Sanitários nas vilas, incluindo as maternidades; e
- 1 Dispensário Anti-Tuberculoso (que atualmente serve de sede do Ministério da Saúde).

Existia um Quadro Médico Comum, um Quadro Complementar de Cirurgiões e Especialistas, um Quadro Farmacêutico Comum, um Quadro Privativo administrativo enfermagem, laboratórios, raios-X, Farmácia e de Serviços gerais¹⁰.

Entre 1902 e 1914, foram realizadas várias missões de estudo da doença do sono da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, que permitiram estabelecer um programa de combate à doença do sono e a sua erradicação, na ilha do Príncipe, em 1914^{11,12}.

As primeiras tentativas de erradicação do paludismo datam de 1905, lideradas, mais uma vez, pela Escola de Medicina Tropical de Lisboa, por meio da drenagem de pântanos na cidade de São Tomé. Em 1968, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) criou a Missão de Erradicação do Paludismo em STP, tendo como estratégia de controle a Pulverização Intradomiciliar (PID) com Diclo-Diclofenil-Tricloreto (DDT)¹³. As PID foram abolidas em 1974, e foi somente após a independência do país, em 1975, que a luta foi retomada de maneira organizada.

DESDE A INDEPENDÊNCIA

Se, por um lado, a 1ª República, de 1975 a 1990, manteve inicialmente a estrutura sanitária do período colonial, com os hospitais e outros serviços de saúde dentro das principais roças, entretanto nacionalizadas; por outro, institucionalizou serviços de saúde pública de natureza preventiva, assegurados pelo Estado em nível dos distritos.

Um Código Sanitário (Decreto-Lei nº 59/80) regulamentou diversas questões relacionadas com o fenômeno, a proteção e a recuperação da saúde dos habitantes e preparou o contexto em que foi possível legislar o estabelecimento do SNS¹⁴. Este manteve-se vigente até a aprovação da Lei Base de Saúde de 2018¹⁵.

O SNS foi instituído pelo Decreto-Lei nº 7/81¹⁶, passando a agregar todas as estruturas sanitárias, nomeadamente: hospitais, CS, policlínicas, clínicas especializadas e estabelecimentos idênticos, para que no conjunto formassem um sistema capaz de solucionar com maior eficiência e eficácia os problemas de saúde da população. Este determina que o Sistema Nacional de Saúde passe a contemplar dois subsistemas: o Ministério da Saúde e Desporto e as Áreas de Saúde.

O subsistema Ministério constitui o vértice do SNS com funções normativas e diretivas em nível de políticas de saúde para todo o país. Fica transitoriamente responsável pela administração dos serviços privativos de assistência médica integrados nas empresas agropecuárias e de definir a sua integração nas Áreas do SNS.

As áreas de Saúde são estruturadas pelo art. 9º, que estabelece os níveis de atenção médica a serem prestada: no primeiro nível, os hospitais e as policlínicas; no segundo nível, os CS distritais; no terceiro nível, os CS urbanos e rurais; no quarto nível, os postos de saúde; e no quinto nível, os Cuidados Primários de Saúde.

Ao nível local, com base em Postos Comunitários de Saúde (PCS), atuavam os Agentes de Saúde Comunitária, voluntários com formação muito reduzida, uma situação que mudou desde então: atualmente são beneficiados com formação contínua. O apoio ao Ministério da Saúde é transversal a todos os programas. Não eram consideradas estruturas do SNS, mas deviam beneficiar-se da supervisão e do apoio técnico por parte

das estruturas de saúde do distrito enquanto parceiros privilegiados. A expectativa era que servissem até mil habitantes, tendo como funções de atendimento a triagem de situações agudas, realização de pequenos curativos, aconselhamento, prevenção, educação nutricional e sanitárias, saúde reprodutiva, sensibilização à população a fazer limpezas em redor das suas casas e nas suas comunidades, orientação às mães a levarem os bebês às consultas de saúde reprodutiva, davam e ensinavam a preparar o soro oral para casos de diarreia e distribuíam mebendazol às comunidades (atualmente, prestam também apoio nas campanhas de vacinação e fazem DOT – toma de medicamentos sob observação).

Paralelamente, em um dos distritos, existia também um centro de proteção materno-infantil, criado ainda nos anos 1980.

Pelo Decreto-Lei nº 34/95¹⁷, foi constituído o Centro Hospitalar de STP, integrando dois hospitais, o Hospital Dr. Ayres de Menezes e o Hospital Dr. Agostinho Neto; cedo essa estrutura veio a ser modificada com a desativação do segundo em 1997, e o país passou a dispor de apenas um hospital com capacidade para prestar cuidados mais diferenciados, sendo definido como “Unidade de saúde de âmbito nacional”, vocacionada para prestar cuidados de saúde de nível terciário. Ao nível básico, existia o curso técnico-profissional de enfermagem no Hospital Central Dr. Ayres de Menezes.

Desde então, até aos dias de hoje, o sistema de referência e contrarreferência tem-se mantido mal estruturado.

A 1ª República é ainda caracterizada pela criação de vários programas verticais, nomeadamente do programa alargado de vacinação em 1977 (integrado no programa de saúde reprodutiva em 1997), o programa de erradicação do paludismo em 1980 e o Comitê Nacional de Vigilância e Luta contra a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em 1989.

Com a Constituição da República de São Tomé e Príncipe em 1990¹⁸, fica definido que a proteção da saúde é um bem que pertence a todos, um direito fundamental do ser humano. Com a 2ª República, a partir de 1990, particularmente a partir de 1998, iniciou-se uma reforma do Sistema de Saúde, cujos princípios orientadores e políticas estavam consubstanciados na PNS de 1999¹⁹, na Carta Sanitária de 2000²⁰ e no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de 2001²¹. Em 1997, na sequência da privatização das roças nacionalizadas durante a 1ª República, foi desativado o último dos hospitais existentes nas unidades produtivas agrícolas.

A finalidade era a integração da saúde no desenvolvimento do país, com base em distritos sanitários, alinhando o sistema de saúde com a visão de Alma-Ata dos cuidados de saúde primários, encorajando parcerias, nomeadamente com ONG, de entre as quais tem particular relevância o Instituto Marquês de Valle Flôr (Caixa 2)⁶.

Caixa 2. Intervenção do Instituto Marquês de Valle Flôr

O ano de 1988 viu a Instalação do Instituto Marquês de Valle Flôr em STP, com o Projeto de Saúde Mé-Zóchi, seguido do Projeto de Apoio aos Cuidados de Saúde Primários em Mé-Zóchi e Cantagalo e, posteriormente, o Projeto de Saúde para Todos, a partir de 2005, que paulatinamente se estendeu a toda a população do arquipélago, com o apoio do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) e da Fundação Calouste Gulbenkian, em parceria com o Ministério da Saúde.

O Projeto Saúde para Todos, orientando-se pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e, mais recentemente pelos ODS, e por sucessivos documentos orientadores das políticas e estratégias de combate à pobreza e de saúde, tem, desde a sua origem, como

objetivo, a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em STP de forma integrada no sistema de saúde de STP, tendo em consideração todos os níveis de cuidados e todos os parceiros envolvidos no sistema. O seu enfoque principal é nos cuidados preventivos e primários de saúde, contemplando também as vertentes de formação e capacitação dos técnicos e pessoal administrativo, reforço institucional, infraestruturas, abastecimento de água e saneamento, bem como ações de informação e educação para a saúde, com a cobertura de 80% da população do país. Entretanto, o âmbito da sua ação tem vindo a alargar-se, incluindo para a telemedicina entre o Hospital Dr. Ayres Menezes e Portugal (Caixa 3).

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa⁶.

Caixa 3. Desenvolvimento da telemedicina em São Tomé e Príncipe

A 4 de março de 2011, realizou-se a primeira consulta via telemedicina entre Portugal e STP através da 1.ª geração da plataforma Medigraf (circuito via satélite, ponto a ponto), com integração de exames como raio-X, ecografia e ecocardiograma, e ligando o Hospital Dr. Ayres de Menezes à sala de telemedicina na sede do Instituto Marquês de Valle Flôr, em Lisboa.

Em 2013, foi lançada a 2.ª geração da Plataforma Medigraf, funcionado em circuito via rede sem fios, com 2 MB de largura de banda, multiponto, ambiente *web*, ficheiro clínico, com integração de equipamento médico com imagem DICOM – Digital Imaging and Communications in Medicine. Em 2015, a especialidade de oftalmologia foi integrada na plataforma de telemedicina com

a possibilidade de realização de exames oftalmológicos completos a distância, em tempo real e em diferido, em uma altura em que não existia nenhum médico oftalmologista em STP. Em 2016, a especialidade de Imagiologia passou a integrar TAC, mamografia e ecografia mamária. Nessa fase, a plataforma de telemedicina foi alargada às especialidades de dermatologia e de otorrinolaringologia.

Em 2021, com a integração da especialidade de gastroenterologia na plataforma de telemedicina, tornou-se possível o rastreio (por meio da realização de exames invasivos, como endoscopias e colonoscopias) e a prevenção e o tratamento de várias patologias ao nível do esófago, estômago, duodeno e anorretal, oferecendo possibilidade de diagnósticos e orientação terapêutica em tempo real. Na mesma ocasião, foi inaugurado um Serviço de Imagiologia e Telemedicina do Hospital Dr. Ayres de Menezes melhorado, com instalações amplia-

das e atualizadas com novos equipamentos.

As consultas de telemedicina entre os dois países permitem o seguimento e a orientação de casos clínicos mais complexos e, paralelamente, a formação e o aconselhamento a distância dos profissionais de saúde são-tomenses, minimizando a ausência de recursos humanos especializados em STP. Adicionalmente, o recurso a essa tecnologia permite uma poupança significativa ao Estado português e são-tomense, na medida em que reduz a necessidade de evacuação de doentes para Portugal.

A atual fase do projeto Saúde para Todos – Consolidação do Sistema Nacional de Saúde de STP é implementada pela Associação Marquês de Valle Flôr, pelo Instituto Marquês de Valle Flôr, em estreita parceria com o Ministério da Saúde de STP e financiado pela Cooperação Portuguesa, por intermédio do Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. e da Direcção-Geral da Saúde de Portugal.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{22,23}.

No entanto, só foi possível chegar ao sistema atual depois da adoção de um conjunto de documentos orientadores do setor: a Constituição de 2003²⁴, a Carta Sanitária de 2012²⁵, sucessivas Políticas Nacionais de Saúde desde 2012 (a mais recente abrange o período 2022-2032)²⁶, vários Planos Nacionais de Desenvolvimento da Saúde (2012-2016, 2017-2021, 2023-2033)²⁷⁻²⁹, duas Estratégias Nacionais da Redução da Pobreza (ENRP) (2002-2012, 2012-2016)^{30,31} que tiveram continuidade com o Plano Nacional de Desenvolvimento (2017-2021)³², sucessivas Políticas Nacionais de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos da Saúde (2012-2016 e 2019-2023)^{33,34} e, ainda, a já referida Lei Base de Saúde, Lei n.º 09/2018¹⁵. Esses documentos proclamaram a universalidade do acesso aos servi-

ços de saúde e o compromisso com a centralidade da Atenção Primária da Saúde e o reforço dos Cuidados Primários de Saúde.

A Constituição de 2003 reconhece que: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender”; “Incumbe ao Estado promover a Saúde Pública, que tem por objetivo o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde”; “É permitido o exercício da medicina privada, nas condições fixadas por lei”²⁴.

Com a Lei Base da Saúde, a divisão administrativa do SNS continuou a estar estruturada em dois níveis: Regional e Central.

No nível Central, o Ministério da Saúde, de abrangência nacional, com as suas Direções, é responsável pela formulação e pelo desenvolvimento da política de saúde, da normalização e da planificação estratégica, nomeadamente a Direcção dos Cuidados de Saúde, a Direcção do Plano, Administração e Finanças e a Direcção do Centro Hospitalar. Está em curso (2024), com o apoio da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP, a conversão do Centro Nacional de Endemias, criado em 2008 com o objetivo de organizar e coordenar a vigilância, a prevenção e a luta contra as doenças endêmicas de risco epidêmico elevado assim como contra as doenças transmissíveis com impacto sobre a Saúde Pública, em um Instituto Nacional de Saúde Pública. Os Serviços Centrais do Ministério encarregue pelo setor da Saúde exercem, em relação ao SNS, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção, observando-se um grande déficit de competências para operacionalizar algumas dessas funções (como a inspeção).

O nível Regional 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 Autônoma do Príncipe (distrito sanitário do Príncipe). Identificam-se quatro tipos de unidades públicas de cuidados distintas: hospitais (Caixa 4), CS, postos de saúde e postos de saúde comunitário.

A LBS mantém o distrito sanitário como a unidade funcional de gestão e prestação dos cuidados de saúde, integrando um conjunto de estruturas, nomeadamente os CS (Caixa 5) e os postos de saúde (Caixa 6) e os PCS (Caixa 7)¹⁵. Existe ainda um Centro de Saúde Militar. Em 2020, estavam cadastradas 11 clínicas privadas, uma delas no Príncipe.

Caixa 4. Os serviços hospitalares

No topo da pirâmide, encontramos os Hospitais Dr. Ayres de Menezes (em São Tomé) e Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça (no Príncipe). Os hospitais representam o escalão mais centralizado e mais diferenciado na prestação de cuidados de saúde, essencialmente terciários, incluindo os prestados no exterior do país pelo processo de evacuação sanitária (cada vez mais apoiados por serviços de telemedicina (Caixa 3), mas também secundários e primários para a população mais próxima), o que tem sobrecarregado o sistema.

O Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça tem enfrentado grandes desafios associados a infraestruturas degradadas, abas-

tecimento energético errático, condições sanitárias (água, saneamento e tratamento de resíduos hospitalares) deficientes, quadro de pessoal inadequado, tanto em número como em diferenciação profissional, ausência de equipamentos, de um banco de sangue funcional. Tudo isso limita a capacidade de resposta às necessidades de cuidados de saúde e, em particular, de responder às emergências, pondo em risco a segurança dos doentes e do pessoal de saúde.

Em 2016, foram instaladas em STP duas centrais de produção de oxigénio, uma em São Tomé e outra no Príncipe.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{15,25}.

Caixa 5. Os Centros de Saúde

Os seis CS ficam localizados nas sedes dos distritos. Os CS devem ter disponibilizada a tecnologia necessária para garantir:

Urgências permanentes, em regime de chamada e/ou turno, garantindo também a realização de alguns atos especializados. Os CS urbanos deverão oferecer urgências por períodos de, pelo menos, 12 horas por dia:

- Consultas programadas de medicina geral e de especialidades, incluindo o se-

guimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objetivo de reduzir o atendimento urgente;

- Hospitalização, prestada pela organização de um módulo de internamento, em escala diferente e proporcional à dimensão da população a servir, devendo incluir:
 - Internamento de casos agudos para situações de complexidade passível de

serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis a esse nível;

- Internamento de evolução prolongada, para serem seguidos em uma estrutura de menores custos e para aproximar o doente do apoio familiar;
- Promoção e assistência a partos institucionais e contribuir para a redução das mortes maternas e da morbilidade perinatal;
- Visitas itinerantes programadas (médica, do enfermeiro e da equipe de CS) aos postos de saúde e PCS do Distrito e recepção de visitas médicas especializadas, vindas do hospital;
- Vigilância à saúde individual e comunitária, nomeadamente, atendimento integral à mulher, atendimento integral à criança, profilaxia das doenças evitáveis (vacinação e outras formas), saúde escolar, saúde mental, saúde oral, saúde ocupacional, promoção de hábitos e estilo de vida saudáveis, oftalmologia e otorrinolaringologia não especializadas (sem recurso a meios sofisticados) ação

médico-social integrada/Equipes de Saúde da Família.

- Garantia de evacuação referenciada de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no Centro de Saúde;
- Exames complementares de diagnóstico de Análises Clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostras e entrega dos resultados);
- Garantia do acesso aos cuidados de imagiologia, seja pela instalação no CS de equipamentos simples, seja pela seleção criteriosa e referência dos casos;
- Função de manutenção do meio ambiente saudável (água potável, saneamento etc.).

No caso de CS urbanos, perto da instituição hospitalar e com um funcionamento limitado a um período de 12 horas, não se justifica a função de internamento, e as outras atividades deverão ser adaptadas pela Administração Distrital de Saúde, às circunstâncias particulares do agregado urbano e da sua população

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{15,25}.

Caixa 6. Os Postos de Saúde

Estão identificados 18 postos de saúde (cinco no Príncipe). Estes são instituições de saúde do nível de atenção primária, consideradas extensões dos CS, dotados de uma equipe residente com, obrigatoriamente, um enfermeiro geral, com responsabilidade para atender a uma determinada população, quer pela equipe residente, quer pela equipe do CS/Distrito de Saúde que aí se desloca com a periodicidade necessária e regular, em função das exigências.

Os postos de saúde terão de garantir prestações de:

- Consulta médica geral e manter a continuidade de cuidados e de referência para as situações clínicas novas;
- Cuidados aos recém-nascidos; consulta pós-parto; planejamento familiar sem inserção de dispositivos intrauterinos; triagem ginecológica e de grávidas.
- Um atendimento integral à criança que demanda cuidados de saúde no posto de saúde, fazendo-lhe a vacinação; a vigilância do crescimento e desenvolvimento; a triagem para problemas de saúde; a reidratação por via oral; a promoção do aleitamento materno; a reabilitação de base comunitária e o aconselhamento nutricional.
- Atividades preventivas, incluindo a profilaxia das doenças evitáveis, e as promocionais da saúde dos indivíduos e do meio ambiental, englobando desde visita domiciliar a doentes, com aconselhamento e tratamento, até visita às escolas e estabelecimentos comerciais, ao controle dos pontos de abastecimento de água até a promoção de hábitos e comportamentos sadios.
- Atendimento na urgência em regime de chamada.
- Procedimentos vários de natureza terapêutica, nomeadamente, drenagem de abscessos; suturas; curativos; injeções intramusculares e intravenosas; a reidratação intravenosa e a vigilância de doentes em observação, incluindo a administração de medicamentos. A esterilização de material deve constar das tarefas rotineiras dos postos de saúde.
- A extração dentária, que vem sendo feita em alguns postos de saúde mais por iniciativa de alguns enfermeiros, deverá passar a constar do pacote das urgências, como uma solução a um problema específico, mas enquadrado, o máximo possível, no programa de saúde bucodentária.
- Apoiar as atividades desenvolvidas durante as visitas itinerantes aos postos de saúde – médica (periodicidade – quinzenal ou semanal) e da equipe de saúde materno-infantil e planejamento familiar – que devem também assumir um papel de supervisão.

- Deslocações dos enfermeiros colocados nos postos de saúde aos postos de saúde comunitários, programadas com carácter obrigatório e regularidade, com um carácter de supervisão e apoio ao agente e prestação de cuidados à comunidade, para os casos de seguimento.
- Atividades administrativas dos postos de saúde e de informação sanitária, com registo e tratamento das informações, com o regular preenchimento de registos; elaboração de relatórios, recolha e tratamento das estatísticas, incluindo o balance de medicamentos.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{15,25}.

Caixa 7. Postos Comunitários de Saúde

Os 21 PCS (cinco no Príncipe) são unidades criadas em zonas rurais, que deveriam estar a cargo de Agentes de Saúde Comunitária, sendo referenciados 21 postos comunitários, mas uma boa parte destes apenas funcionam para

a venda de medicamentos, outros funcionam com um socorrista, e, ainda em outros casos, não existe estrutura, mas apenas um Agente de Saúde Comunitária, sendo referenciados cerca de 186 Agente de Saúde Comunitária.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{15,25}

Além das unidades sanitárias, também existem programas ligadas à Direcção dos Cuidados de Saúde – que integra o Departamento Farmacêutico e Centro Nacional de Educação para a Saúde (saúde sexual e reprodutiva, vacinação, nutrição, vigilância epidemiológica, saúde escolar, saúde mental) e ao Centro Nacional de Endemias (tuberculose, SIDA, Programa Paludismo, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Doenças Tropicais Negligenciadas), que veem ao longo dos anos contribuindo para a melhoria da saúde pública em STP. Todos esses programas são orientados por normativos e orientações vertidas em Políticas e/ou Planos e/ou Documentos programáticos específicos a cada um (podem ser consultados em <https://minsaude.st/documentos/>).

É de ressaltar que os cuidados prestados pelos Programas de Saúde Reprodutiva e o de Vacinação Alargada são prestados em todos os CS e postos sanitários.

Nessas evoluções, o maior estrangulamento, depois do financiamento (Caixa 1), é o da força de trabalho (Caixa 8).

Caixa 8. Desafios da força de trabalho em saúde em São Tomé e Príncipe

Em 2015, STP era um dos 17 estados africanos considerados pela OMS como tendo uma estratégia de RHS.

O PNDS 2017-2021 identifica os desafios a enfrentar na área dos RHS com: insuficiência de RHS especializados e diferenciados para abordarem as doenças não transmissíveis; ausência de uma política de formação de base e especializada de médicos e técnicos licenciados no país e consequente necessidade de providenciar essa formação no estrangeiro; capacidade limitada para recrutamento de pessoal, com consequências diversas em termos de desemprego, reformas antecipadas e “fugas” para o estrangeiro; novas necessidades de pessoal decorrente da reorganização dos níveis de atenção à saúde com o pleno funcionamento do sistema hospitalar (atenção secundária e terciária) e da atenção primária; inexistência de uma carreira de saúde pública atrativa e que incentive a formação nessa área e contribua para a retenção dos médicos e técnicos de saúde, em cargos relevantes para sustentar a organização e o funcionamento de uma atenção primária de saúde e do Sistema Nacional de Saúde.

A Lei Base da Saúde de 2018 reconhece as Ordens dos Médicos (criada em 2014), dos Enfermeiros e das Parteiras e das demais classes profissionais, a função de definição da deontologia da classe, bem como a de participação,

em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica, mesmo para os atos praticados no âmbito do SNS, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da atividade profissional das classes.

A PNS, reformulada em 2018, volta a enfatizar que os RHS constituem um elemento de primeira importância na implementação das atividades de saúde e são fundamentais para a materialização da reforma do setor da saúde prevista na LBS.

A adoção de um Plano Nacional de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos 2019-2022 tem como finalidade garantir a disponibilidade de RHS em quantidade e qualidade suficientes em nível profissional e técnico, corretamente distribuídos e bem-motivados para desempenharem as suas funções. Segue-se à avaliação da implementação do Plano de Desenvolvimento e formação dos RHS 2012-2017. Esta indica um nível relativamente satisfatório de realização. Das sete metas propostas nesse Plano: duas não foram iniciadas (implementar um sistema de informação de recursos humanos e definir e implementar mecanismos de negociação com os países parceiros para aumentar em 30%, o regresso de profissionais formados no exterior nos próximos cinco anos); três foram parcialmente alcançadas (formar 80% do pessoal técnico e de nível médio necessários ao setor da saúde dentro

de cinco anos; redefinir funções e atribuições entre o nível central e o loco/regional que permita a descentralização progressiva de funções de controlo e administração de pessoal; e identificar e prover 100% dos recursos financeiros necessários para garantir a sustentabilidade dos recursos humanos atualmente financiados por recursos externos e atuando na prestação direta de serviços de saúde, dentro de cinco anos); duas foram totalmente alcançadas (definir o perfil e o número de especialidades, necessários ao SNS, para formação no exterior para os próximos cinco anos; e impulsionar o plano de carreira visando a recuperação da motivação e da credibilidade de um sistema de valorização profissional, propiciando um incremento progressivo anual de 20% nos próximos cinco anos).

As estratégias de RHS são ainda orientadas por PNDS. O mais recente PNDS 2023-2033 identifica os RHS como um dos sete pilares do Sistema Nacional de Saúde e define três eixos de intervenção:

1. Reforço da governança e capacidade de liderança dos RHS;
2. Promoção da formação dos RHS e melhoria do seu nível de competência;
3. Disponibilidade e distribuição adequadas dos RHS.

Em geral, os diversos documentos orientadores e as Ordens, sindicatos e organizações

profissionais reconhecem que a gestão de carreiras, avaliação de desempenho e promoção, estão entre as razões de insatisfação dos RHS. As precárias condições de trabalho, a insuficiente disponibilidade de medicamentos e a ausência de incentivos condicionam uma redução da motivação do pessoal no trabalho. Os salários extremamente baixos para algumas classes e a disparidade salarial existentes entre as classes trabalhadoras no Sistema Nacional de Saúde são um contencioso significativo que se tem manifestado em greves das diferentes classes do setor.

No entanto, continua a haver insuficiência de profissionais especialistas nacionais em diversos domínios, tanto no clínico como no da saúde pública, o que dificulta a gestão das necessidades do setor e a garantia do cabal funcionamento do Sistema. Alguns quadros não regressam ao país após a formação, o que reforça a necessidade de recurso à assistência técnica internacional. Por outro lado, a emigração, particularmente de médicos e enfermeiros, mas não só, é uma realidade há muito tempo reconhecida, mas que foi recentemente agravada pelas medidas tomadas no contexto da CPLP para facilitar a mobilidade dos cidadãos entre os Estados-Membros³.

Em 1987, existiam 40 médicos em todo o país, situação que retrata um agravamento em re-

3. Ver declarações do Ministro da Saúde de STP aos média em <https://revistacomunidades.pt/sao-tome-e-principe-vaga-de-emigracao-para-portugal-provoca-falta-de-profissionais-de-saude/> e em https://www.rtp.pt/noticias/mundo/vaga-de-emigracao-para-portugal-provoca-falta-de-profissionais-de-saude-em-sao-tome_n1475451.

lação aos anos anteriores: em 1981, havia 2.246 habitantes por médico; em 1984, cerca de 1.187; e em 1987, esse número aumentou para 2.800.

Todavia, em 2004, a relação médico/habitante já era de 1 médico/2.284 habitantes, passando para 1 médico/2.112 habitantes em 2006; e o de enfermeiros passou de 1 enfermeiro/908 para 1 enfermeiro/800 no mesmo período. Embora essas proporções sejam bastante satisfatórias em relação aos países da região africana, a distribuição não é equitativa no território nacional.

O balanço quantitativo do impacto do Plano de Desenvolvimento e formação dos RHS 2012-2017 no SNS indica que os efetivos do Sector Público da Saúde cresceram de 898 até 2010 para 1.485 em 2017, registando-se a entrada de um número significativo de médicos (72) e de enfermeiros (33), o que, em termos percentuais, representa um aumento de cerca de 60% e 8% respectivamente, contribuindo, desse modo, para melhorar, significativamente, os rácios médico/habitantes e enfermeiro/habitantes, em particular. Assim, o rácio médico/habitantes e o rácio enfermeiro/habitantes, que em 2011 rondavam, respectivamente, 32 e 226 para 100 mil habitantes, passou a ser de 87 e 413 para 100 mil habitantes no primeiro semestre de 2017, embora seja de assinalar que, apesar dessa melhoria, a distribuição pelo país continua a não ser equitativa dado que os médicos e enfermeiros estão con-

centrados na capital e que muitos deles trabalham nos programas de saúde, na administração e nas organizações internacionais.

O quadro nacional de RHS até o primeiro semestre de 2017 era constituído por 1.338 profissionais da saúde, dos quais, 413 enfermeiros (40 licenciados e 10 são especialistas), 87 médicos (15 especialistas), 200 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) (30 licenciados e 5 especialistas), 100 técnicos administrativos (40 licenciados e 5 especialistas). Em 2018, STP tinha 40 médicos generalistas e 20 especialistas, 256 enfermeiras/parteiras, 79 gestores e outro pessoal de apoio e 417 em outras categorias. No final de 2019, o pessoal do SNS era composto por 107 médicos, 462 enfermeiros, 285 TDT, 122 administrativos e 532 auxiliares de ação médica. Em 2021, o pessoal do SNS era composto por 107 médicos (33 são especialistas, 23 dos quais nacionais e 10 estrangeiros), 397 enfermeiros, 280 TDT, 164 administrativos e 321 auxiliares de ação médica. Verifica-se uma forte feminização da força de trabalho em saúde. Alguns dos déficits mais relevantes verificam-se na saúde mental, saúde oral, saúde ambiental e em técnicos de manutenção de equipamentos.

Tendo em conta a situação descrita, o Plano Nacional de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos 2019-2022 define quatro objetivos (dotar o SNS de pelo menos 90% de recursos humanos formados, visando ao seu fortalecimento e aprimoramento; implantar es-

estratégias para a progressiva estabilidade, motivação e sustentabilidade dos recursos humanos da saúde; redefinir a gestão de recursos humanos no Ministério da Saúde que fortaleça o componente estratégico; reduzir as acentuadas desigualdades entre as classes profissionais da saúde em termos de salários e subsídios) e oito metas (formar 90% do pessoal técnico e de nível médio necessários ao setor saúde dentro de cinco anos; implementar um sistema de informação de recursos humanos que permita conhecer e prever as necessidades de RH para o SNS dentro de cinco anos; definir o perfil e o número de especialidades, necessários ao SNS no exterior para os próximos cinco anos; definir e implementar mecanismos de negociação com os países parceiros para aumentar em 100% o regresso de profissionais formados no exterior nos próximos cinco anos; redefinir funções e atribuições entre o nível central e regional que permita a descentralização progressiva de 20% ao ano, de funções de controle e administração de pessoal; implementar a realocação progressiva do quadro de pessoal do Ministério de Saúde, de acordo com o local de trabalho, sendo dois serviços por ano, em cinco anos, de modo a recolocar 98% de pessoal no seu local de efetividade até primeiro o semestre de 2020; identificar e prover 100% dos recursos financeiros necessários para promover 98% dos profissionais de saúde de modo a garantir a sustentabilidade dos recursos humanos atualmente financiados por

recursos externos e atuando na prestação direta de serviços de saúde dentro de cinco anos; implementar as carreiras do pessoal administrativo e dos serviços gerais até 2020).

A formação de quadros de saúde no país é uma questão de soberania nacional e de sustentabilidade do sistema de saúde. O plano formativo de diferenciação de médicos, nas especialidades identificadas como essenciais, devidamente aprovado pela Ordem dos Médicos e Ministério da Saúde, deverá prever mecanismos para garantir o retorno do médico ao país, após o período de formação no estrangeiro, que acontece ao abrigo de acordos de cooperação.

A literatura refere que a formação de auxiliares de enfermagem teve início no tempo colonial no Hospital Oliveira Salazar. Existiu entre 1947 e 1952 como Escola de Enfermagem de São Tomé.

Em 1983, foi recriada com o nome Escola de Formação dos Quadros da Saúde (EFQS) (Decreto-Lei nº 6/83) Dr. Victor Sá Machado, sob a Direcção do Ministério da Saúde e Desporto, para formação de técnicos básicos e médios nos mais diversos domínios da saúde. Funcionou em vários locais, mas tem instalações próprias, financiadas pela Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) desde 2003. Procurava dar formação ao nível do 12º ano com uma forte componente prática. O seu funcionamento foi apoiado pela OMS e pelo Ministério da Educação de STP, este último por meio do pagamen-

to dos salários aos professores.

Ainda sob os auspícios da FCG, passou a chamar-se Instituto de Ciências da Saúde Dr. Victor Sá Machado em 2007, como estabelecimento de ensino oficial não integrado, politécnico, de ensino das tecnologias da saúde, ainda sob a Direcção do Ministério da Saúde, para formação de técnicos básicos e médios nos mais diversos domínios da saúde, seguindo normas e orientações metodológicas do Ministério da Educação, Cultura, Juventude e Desporto. Pode conferir graus de aptidão profissional nos termos previstos para o EFQS, mas também outros “que de futuro lhe venham a ser autorizados” (Decreto-Lei nº 36/2007).

Em 2016, o Instituto de Ciências da Saúde é convertido em Instituto Superior de Ciências de Saúde, Victor Sá Machado (Despacho 50/GMECF/2014; Despacho 9/2014), uma das unidades orgânicas da Universidade de STP⁴ (Decreto-Lei nº 9/2014) com ciclos de estudos conducentes à obtenção de graus de Licenciado, Mestre e Doutor, bem como outras modalidades de formação não conferentes de grau,

previstos no mapa da oferta educativa da Universidade, no âmbito de Ciências da Saúde e áreas afins, ofertando de momento os seguintes cursos: bacharelato em enfermagem; bacharelato em análise clínica; licenciatura em gestão administração em serviços da saúde; bacharelato em anestesia; complemento para formação média em farmácia; cursos médios em enfermagem; cursos médios em saúde materna infantil; especialização em instrumentação cirúrgica. Dando cumprimento aos seus propósitos de promoção da formação de novos técnicos e da reciclagem e capacitação dos técnicos existentes, o Instituto tem investido não só na formação dos quadros da saúde, mas também na formação de curta duração nas diversas áreas da Administração Pública do país. Realça-se ainda a 1ª e 2ª edições do Mestrado em Saúde Pública, a decorrer sob a coordenação da autora sênior deste capítulo (MJT), que também integra um grupo de trabalho para criação de uma Licenciatura Comum em Saúde Pública no espaço da CPLP.

Antes da criação do Instituto, os quadros supe-

4. O ensino superior em STP foi criado no início da década de 1990. Em 1975, quando o país se tornou independente, não existiam instituições de ensino superior nas ilhas. De 1975 a meados da década de 1990, o ensino superior só podia ser adquirido no estrangeiro, principalmente em Portugal e nos países então socialistas. Em 1994, foi criada a primeira instituição de ensino superior, o Instituto Universitário de Contabilidade, Administração e Informática (IUCAI). O IUCAI é uma instituição privada. Dois anos depois, em 1996, foi criada a primeira instituição de ensino superior pública, o Instituto Politécnico, que abriu portas no ano letivo de 1997/1998 e que deu ligar à Universidade de São Tomé e Príncipe em 2014. Em meados da década de 2000, essas duas instituições de ensino superior ainda eram as únicas do país, até que o Grupo Lusíada português criou a Universidade Lusíada de São Tomé e Príncipe em 2005^{49,50}.

riores eram formados no estrangeiro – e assim continua para a formação de quadros cuja formação ainda não é contemplada em STP. Por exemplo, entre 1985 e 1995, estavam ou tinham estado em Portugal, em formação especializada, 42 médicos de STP: tendo em consideração a dimensão da população do país, era de longe o maior contingente de médicos dos PALOP em formação em Portugal.

No entanto, essa formação de base ou especializada de médicos e de técnicos licenciados de saúde no exterior revela-se insuficiente e incapaz, em tempo útil, de dotar o país de quadros especializados e suficientes, no ritmo necessário para elevar o plano tecnológico dos serviços de saúde.

Como referimos, STP, pela sua insularidade, é particularmente vulnerável a emergências de saúde pública, de onde resulta uma grande preocupação do governo e dos parceiros, em particular da OMS, em investir na prontidão

do sistema de saúde e da sua força de trabalho, daí que, após 6 semanas de treinamento para 52 funcionários nacionais durante o biênio 2022-2023, tenha-se estabelecido uma Equipe Médica de Emergência (incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, farmacêuticos, técnicos de água e saneamento, logísticos e bombeiros) de acordo com as protocolos e procedimentos preconizados pelo Regulamento Sanitário Internacional.

Isso foi complementado com a formação de 41 epidemiologistas de campo, em 3 cursos diferentes durante o biênio 2022-2023. Seis tutores nacionais foram também treinados com vista à redução de custos, institucionalizando o curso e gradualmente tornando-o sustentável. Esse esforço de nível básico está a ser complementado pela formação de epidemiologistas de campo de nível avançado, ambos com o apoio de um amplo leque de parceiros internacionais.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{7,15,26-48}.

CONCLUSÕES

Nos 50 anos que decorreram desde a sua independência, STP tem percorrido um caminho – sobressaltado pelas circunstâncias da sua insularidade, frágil base económica e transições diversas (demográficas, epidemiológicas, económicas e democráticas) –, que evoluiu de um sistema centrado em serviços de saúde arquetizados, no período colonial, em uma lógica de fragmentação pelas maiores roças, de acesso limitado aos grupos populacionais que lhes estavam circunscritos, na maioria serviços dessas mesmas roças, e apoiados por programas verticais, para um SNS tendencialmente universal, parcialmente gratuito, dando primazia aos cuidados de saúde primários e, cada vez

mais, reafirmando a sua soberania e autonomia, com recurso à formação de quadros no país e às tecnologias de informação e comunicação para diminuir as evacuações para o estrangeiro, apostando também na melhoria das carreiras e das condições de trabalho para redistribuir, reter e motivar a sua força de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2012-2013. São Tomé: Ministério da Saúde; 2016.
2. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2014-2015. São Tomé: Ministério da Saúde; 2018.
3. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2016-2017. São Tomé: Ministério da Saúde; 2020.
4. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2018-2021. São Tomé: Ministério da Saúde; 2023.
5. Conselho Económico e Social das Nações Unidas; Comissão Económica para África. Reunião do Comité de Peritos da 4ª Reunião Anual Conjunta da Conferência da UA dos Ministros da Economia e Finanças e Conferência da CEA dos Ministros Africanos das Finanças, Planificação e Desenvolvimento Económico Adis Abeba, Etiópia 24 – 27 de Março de 2011. Nota informativa: 10 anos após o “compromisso de Abuja” de atribuir 15% dos orçamentos nacionais ao sector da saúde. E/ECA/COE/30/22 & AU/CAMEF/EXP/22(VI) [Internet]. Adis, Etiópia: ECOSOC, CEA; 2011 mar 24-27 [citado 2024 dez 21]. Disponível em: https://archive.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/cfm2011/com2011_informationnote10years-after-theabujacommitment_prt.pdf
6. Freitas, P, Santana P, Zaky A, Vaz A. Saúde para todos: mudando o paradigma de prestação dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe: estudo de caso. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flor; 2010.
7. Organização Mundial da Saúde São Tomé e Príncipe. Destaques do Biénio 2022 – 2023 em São Tomé and Príncipe. Contributos da OMS no sector da saúde [Internet]. São Tomé: OMS São Tomé e Príncipe; 2024 [citado 2024 dez 20]. Disponível em <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-01/DESTAQUES%20DO%20BI%C3%89NIO%202022%20%E2%80%932023%20%20Sao%20Tome%20e%20Principe.pdf>

8. Bessa MBDF. As roças de São Tomé e Príncipe: do seu passado, ao futuro por reinventar [dissertação]. Lisboa: Lisbon School of Economics and Management da Universidade de Lisboa; 2022.
9. Quaresma ASDC. [Re]qualificação da arquitectura colonial como exemplar para a salvaguarda do património em São Tomé e Príncipe. O caso da roça Agostinho Neto [dissertação]. Porto: Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto; 2019.
10. Veloso A. Os Serviços de Saúde da Província de São Tomé e Príncipe. An Inst Med Trop. 1958;15(supl 2):65-81.
11. Bruto da Costa B, Sant'Anna JF, Santos C, Araújo AM. Relatório final da missão da doença do sono na ilha do Príncipe. Archivos de Hygiene e Pathologia Exotica. 1915;5:1-258.
12. Amaral I. Medicina Tropical e Ambiente em Perspectiva: Reconstituindo o Puzzle da Erradicação da Doença do Sono na Ilha do Príncipe, em 1914. Fronteiras [Internet]. 2018 [citado 2024 dez 20];7(2):64-82. DOI: [10.21664/2238-8869.2018v7i2.p64-82](https://doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2.p64-82)
13. Arez AP, Silveira H, Nogueira F. Mais de meio século da investigação de malária no IHMT. An Inst Hig Med Trop. 2014;13:7-17. DOI: [10.25761/anaisihmt.165](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.165)
14. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Decreto-Lei n.º 59/80, de 18 de dezembro. Código Sanitário de São Tomé e Príncipe. Diário da República. 1980 dez 18.
15. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Assembleia da República. Lei n.º 09/2018, de 6 de junho. Lei Base de Saúde. Diário da República. 2018 jun 6.
16. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 07/1981, de 23 de abril. Diário da República. 1981 abr 23.
17. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Decreto-Lei n.º 34/95, de 17 de novembro. Institucionaliza o Centro Hospitalar de São Tomé, abreviadamente designado por CHST. Diário da República. 1995 nov 17.
18. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Assembleia da República. Lei n.º 7/90, de 20 de setembro. Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe. Diário da República. 1990 set 13.
19. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e Desporto. Política Nacional de Saúde 1999. São Tomé: Ministério da Saúde e Desporto; 1999.
20. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e Desporto. Carta sanitária de São Tomé e Príncipe. São Tomé: Ministério da Saúde e Desporto; 2000.
21. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e Desporto. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2001-2005. São Tomé: Ministério da Saúde e Desporto; 2001.

22. Instituto Marquês de Valle Flôr. 12 anos de Telemedicina entre Portugal e São Tomé e Príncipe – uma evolução pioneira da tecnologia ao serviço da Saúde. IMVF [Internet]. 2023 mar 8 [citado 2024 nov 9]. Disponível em: <https://www.imvf.org/2023/03/08/12-anos-de-telemedicina-entre-portugal-e-sao-tome-e-principe-uma-evolucao-pioneira-da-tecnologia-ao-servico-da-saude/>
23. Gonçalves C, Mata A, Lapão LV. Leveraging technology to reach global health: the case of telemedicine in São Tomé and Príncipe health system. Health Policy Technol. 2021;10(3):100548. DOI: [10.1016/j.hlpt.2021.100548](https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2021.100548)
24. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Lei nº1/03, de 29 de janeiro. Lei de Revisão Constitucional. Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe. Diário da República. 2003 jan 29.
25. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Carta Sanitária de S. Tomé e Príncipe. São Tomé: Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais; 2012 [citado 2024 dez 20]. Disponível em <https://minsaude.st/wp-content/uploads/2022/10/Carta-Sanitaria-STP-1.pdf>
26. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde, 2022-2032. São Tomé: Ministério da Saúde; 2022.
27. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2012-2016. São Tomé: Ministério da Saúde; 2012.
28. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2017-2021. São Tomé: Ministério da Saúde; 2017.
29. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2023-2033. São Tomé: Ministério da Saúde; 2023.
30. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério do Plano e do Desenvolvimento. Estratégia Nacional de Redução da Pobreza 2002-2012. São Tomé: Ministério da Saúde; 2002.
31. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério do Plano e do Desenvolvimento. Estratégia Nacional de Redução da Pobreza 2012-2016. São Tomé: Ministério da Saúde; 2012.
32. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério do Plano e do Desenvolvimento. Plano Nacional de Desenvolvimento 2017-2021. São Tomé: Ministério da Saúde; 2017.
33. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos da Saúde 2012-2016. São Tomé: Ministério da Saúde; 2011.

34. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos da Saúde 2019-2022. São Tomé: Ministério da Saúde; 2018.
35. Afriyie DO, Nyoni J, Ahmat A. The state of strategic plans for the health workforce in Africa. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001115. DOI: [10.1136/bmjgh-2018-001115](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001115)
36. República Democrática de São Tomé e Príncipe, Assembleia da República. Lei n.º 6/83, de 29 de março. Cria a Escola de Formação de Quadros (EFQS), na dependência do Ministério da Saúde e Desporto. *Diário da República*. 1983 mar 29.
37. Anónimo. Educação – São Tomé e Príncipe [Internet]. Porto: CEAUP; 2008 [citado 2024 dez 29]. Disponível em: https://www.africanos.eu/images/publicacoes/multimedia/PAG66_03.pdf.
38. República Democrática de São Tomé e Príncipe, Governo de São Tomé e Príncipe. Decreto Lei n.º 36/2007, de 31 de dezembro. Cria o Instituto de Ciência da Saúde Dr Vítor Sá Machado, *Diário da República*. 2007 dez 31.
39. República Democrática de São Tomé e Príncipe, Ministério da Educação, Cultura e Formação. Despacho 50/GMECF/2014, de 31 de dezembro. Cria as unidades orgânicas da Universidade de São Tomé e Príncipe. *Diário da República*. 2014 dez 31.
40. República Democrática de São Tomé e Príncipe, Ministério da Educação, Cultura e Formação, Reitoria da Universidade de São Tomé e Príncipe. Despacho 9/2014, de 31 de dezembro. Estabelece os Estatutos do Instituto Superior de Ciências da Saúde da Universidade de São Tomé e Príncipe. *Diário da República*. 2014 dez 31.
41. Ferrinho P, Bäckström B. Avaliação do Apoio à Pós-graduação em Portugal de Médicos de São Tomé e Príncipe, de Cabo Verde e da Guiné-Bissau. 1º Relatório do Projecto. Lisboa: ICP/FRPS/IHMT; 1996.
42. Ferrinho P, Antunes AR, Silva AP, Dal Poz MR, Dussault G. The Portuguese Contribution to the Brain Drain from Portuguese Speaking African Countries. *Cah Sociol Demogr Med*. 2007;47(3):377-391.
43. Luck M, Fernandes MJ, Ferrinho P. At the other end of the brain-drain: African nurses living in Lisbon. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, editors. *Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies*. Antwerp: Studies in HSO&P, 16. ITG Press; 2000. p. 163-175.
44. Silva AMVA, Fernandes RMP. Enfermeiros Estrangeiros em Portugal [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2007 [citado 2024 dez 29]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes_PT.pdf

45. Ferreira ME. Pobreza absoluta e desigualdades sociais, ajustamento estrutural e democracia na R.D. São Tomé Príncipe. Documento de trabalho nº 14. Lisboa: CESA – ISEG; 1990. (Coleção Documentos de Trabalho).
46. República de São Tomé e Príncipe; Organisation Mondiale de la Santé. Ministério da Saúde. Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal [Internet]. São Tomé: Ministério da Saúde; 2007 [citado 2024 dez 21]. Disponível em: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/sao_tome_and_principe/sao_tome_principe_mnh_roteiro_2008-2015_.pdf
47. Ahmat A, Okoroafor SC, Kazanga I, Asamani JA, Millogo JJS, Illou MMA, et al. The health workforce status in the WHO African Region: findings of a cross-sectional study. *BMJ Glob Health*. 2022;7(Suppl 1):e008317. DOI: [10.1136/bmjgh-2021-008317](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008317)
48. Sidat M, Araújo II, Delgado AP, Fronteira I. Advanced field epidemiology training (FETP) program delivered through blended learning in three west African Portuguese speaking countries. *BMJ Glob Health*. 2023;8(Suppl 10):A33.2-A33. DOI: [10.1136/bmjgh-2023-EDC.80](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-EDC.80)
49. Langa P. Chapter 4. Guinea-Bissau in Higher Education in Portuguese Speaking African Countries. In: A five country baseline study. Somerset West, South Africa: African Minds; 2013. p. 48-50.
50. Videira P, Teixeira PN. Higher Education Systems and Institutions, São Tomé and Príncipe. In: Teixeira PN, Shin JC. *Encyclopedia of International Higher Education Systems and Institutions*. Dordrecht: Springer; 2018. DOI: [10.1007/978-94-017-9553-1_491-1](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9553-1_491-1)