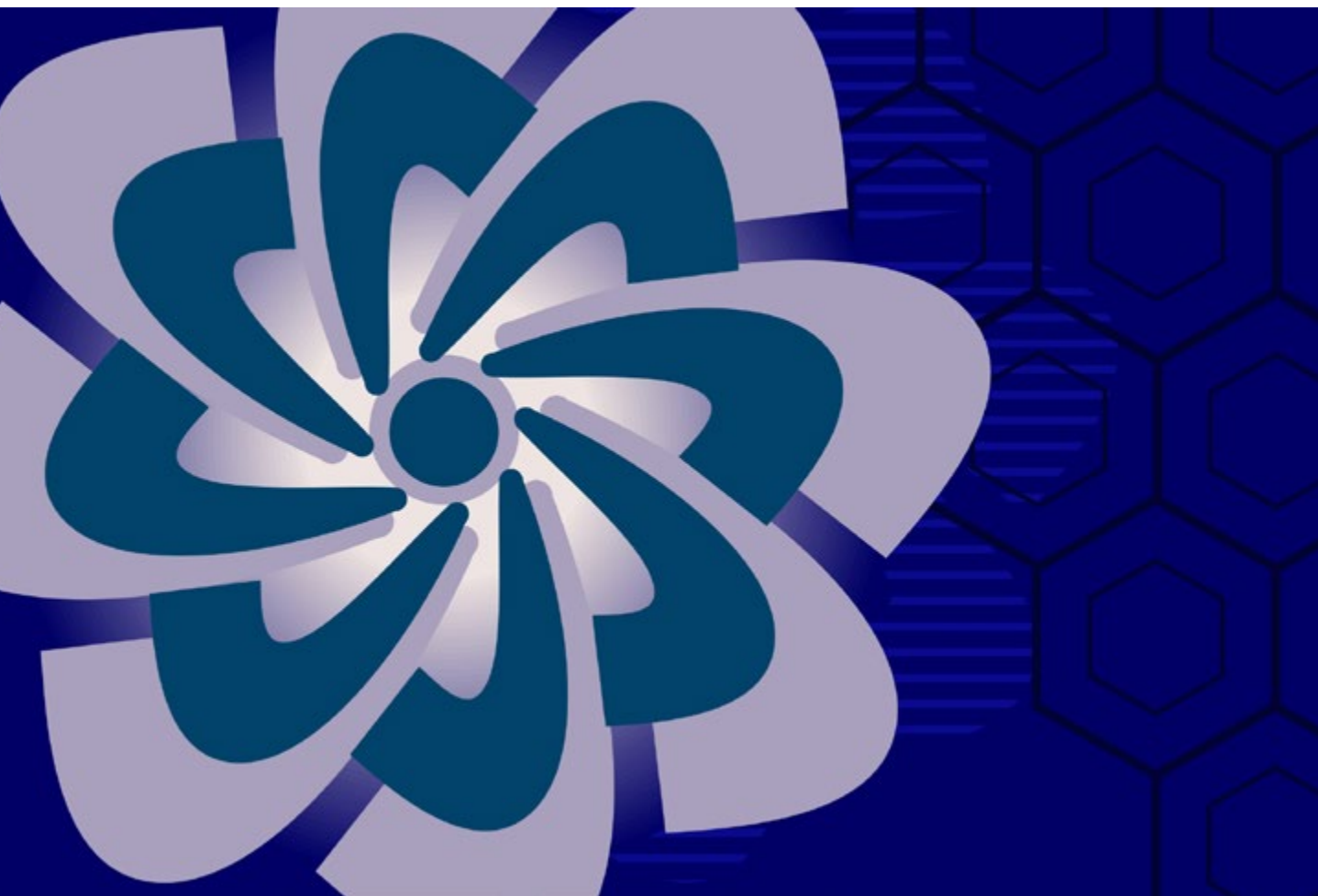




LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



**De Alma-Ata a Astana:
a trajetória dos cuidados de saúde primários
nos países da CPLP**

**De Alma-Ata a Astana:
a trajetória dos cuidados de saúde primários
nos países da CPLP**

**De Alma-Ata a Astana:
a trajetória dos cuidados de saúde primários
nos países da CPLP**

© 2022 – 1a Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 9

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, fevereiro de 2022.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

D279 De Alma-Ata a Astana [livro eletrônico] : a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP / Organizadores Fernando Passos Cupertino de Barros, Paulo Ferrinho. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022. – (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; v. 9)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-20-1

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. I. Barros, Fernando Passos Cupertino de. II. Ferrinho, Paulo. III. Série.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

AC Paula Augusta Maia de Faria Mariano
AL Alexandre Ayres
AM Anoar Samad
AP Juan Mendes da Silva
BA Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro
CE Marcos Antônio Gadelha
DF Manoel Luiz Narvaz Pafiadache
ES Nésio Fernandes de Medeiros Junior
GO Ismael Alexandrino Júnior
MA Carlos Eduardo de Oliveira Lula
MG Fábio Baccheretti Vitor
MS Geraldo Resende
MT Gilberto Figueiredo
PA Rômulo Rodovalho

PB Geraldo Antônio de Medeiros
PE André Longo
PI Florentino Alves Veras Neto
PR Beto Preto
RJ Alexandre Chiepp
RN Cipriano Maia
RO Fernando Rodrigues Máximo
RR Cecilia Smith Lorenzon Basso
RS Arita Gilda Hübner Bergmann
SC André Motta Ribeiro
SE Mércia Feitosa
SP Jean Gorinchteyn
TO Afonso Piva de Santana

DIRETORIA DO CONASS 2021/2022

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Ismael Alexandrino Júnior (GO)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Filomena Pereira (Subdiretora)

Teresa Pires (Secretária executiva)

CONSELHO CIENTÍFICO

Paulo Almeida (Presidente)

CONSELHO PEDAGÓGICO

Maria do Rosário Oliveira Martins (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Claudia Conceição (Presidente)

GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS

Deolinda Cruz (Coordenadora)

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING

Ana Sofia Calaña

UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO

Clínica Tropical

Jorge Seixas

Microbiologia Médica

Celso Cunha

Parasitologia Médica

João Pinto

Saúde Pública Internacional e Bioestatística

Paulo Ferrinho

CONSELHO EDITORIAL – LEIASS

CONASS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

IHMT

Isabel Craveiro

Inês Fronteira

Paulo Ferrinho

EDITORES CIENTÍFICOS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Paulo Ferrinho

EDITORA CIENTÍFICA EMÉRITA

Zulmira Hartz

ORGANIZAÇÃO

Carla Ulhoa André

Dyego Leandro Bezerra de Souza

Fernando Passos Cupertino de Barros

Helaine Carneiro Capucho

José Luiz Calixto Pereira

Paulo Ferrinho

Paulo Jorge dos Santos Sousa

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos

Carla Ulhoa André

Dyego Leandro Bezerra de Souza

Fernando Passos Cupertino de Barros

Helaine Carneiro Capucho

Paulo Ferrinho

Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E

DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à cultura

Marcus Vinícius de Carvalho

SUMÁRIO

Apresentação.....	10
Prefácio	12
<i>Fernando Passos Cupertino de Barros</i>	
Seminário “De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP”.....	16
<i>Zacarias Albano da Costa</i>	
A Trajetória dos Cuidados de Saúde em Angola: de Alma-Ata a Astana	22
<i>Luis Bernardino</i>	
De Alma Ata a Astana: a Trajetória dos Cuidados Primários de Saúde nos Estados-Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – O Caso do Brasil	38
<i>Carla Ulhoa André, Fernando Passos Cupertino de Barros, Maria José de Oliveira Evangelista, Paulo de Lyz Grou Martins Ferrinho</i>	
Um Olhar sobre a Trajetória dos Cuidados Primários de Saúde em Cabo Verde, de Alma-Ata, 1978, a Astana, 2018	58
<i>António Pedro Delgado</i>	
A Trajetória dos Cuidados de Saúde na Guiné-Bissau de Alma-Ata a Astana	82
<i>Júlio C. G. Sá Nogueira</i>	
De Alma-Ata a Astana: A Trajetória dos cuidados de Saúde Primários em São Tomé e Príncipe, 1978–2018	110
<i>Flávio Castelo David dos Santos Andrade</i>	
Implementação da Atenção Primária à Saúde no Timor-Leste desde a Independência	130
<i>João Soares Martins</i>	
De Alma-Ata a Astana: a Trajetória dos Cuidados de Saúde Primários nos Países de Língua Portuguesa.....	142
<i>Fernando Passos Cupertino de Barros, Filomena Martins Pereira, Paulo Ferrinho</i>	

APRESENTAÇÃO

A série LEIASS, nesta sua 9ª publicação, traz aos leitores um tema instigante: a trajetória dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), chamados no Brasil de Atenção Primária à Saúde (APS), nos países de língua portuguesa, na perspectiva analítica dos postulados estabelecidos em Alma-Ata (1978) e reformulados em Astana (2018). Ao mesmo tempo, assinala o vigor e a importância da parceria estabelecida entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Orgânica da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), tanto com campo da disseminação do conhecimento quanto no da sua própria produção, uma vez que este volume decorre do estágio pós-doutoral do Coordenador Técnico do Conass, Professor Doutor Fernando Cupertino, sob orientação do Professor Doutor Paulo Ferrinho, do IHMT NOVA, concluído em dezembro de 2021.

A língua portuguesa, mesmo com suas nuances no uso de vocábulos ou na sua organização textual, é a quinta língua mais usada no mundo, sendo ainda a primeira no Hemisfério Sul e a terceira no mundo ocidental. Daí a importância, também, de disseminar o conhecimento em nossa própria língua, aumentando o conhecimento recíproco entre estudiosos e instituições de nossos países, reconhecendo e destacando suas singularidades e diversidade cultural, e fortalecendo seus sistemas de saúde, de modo a promover melhorias objetivas no nível de saúde das populações.

Em um mundo que se prepara para viver uma fase pós-pandêmica em breve – assim esperamos –, é crucial fortalecer a APS, ou os CSP, como queiram chamar, articulando-os com os demais níveis de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede que seja capaz de responder às necessidades de saúde da população. As estatísticas apontam fortemente para as preocupações com a repercussão da pandemia da covid-19 sobre os portadores de condições crônicas, o que se soma àqueles que permanecerão com sequelas importantes causadas pelo novo coronavírus, exigindo, assim, uma maior capacidade de organização dos sistemas de saúde, com especial destaque para os CSP.

Se, em 2008, o Relatório da Organização Mundial da Saúde tinha por título “Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca”, o tema adquire um tom imperativo ainda maior.

Assim sendo, estimamos que este trabalho seja um importante marco inicial para as discussões sobre o fortalecimento da APS nos Estados-Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), o que tem sido buscado, incessantemente, por sua Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos, em união de esforços com o Secretariado Executivo da CPLP.

Carlos Lula
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes
Diretor do IHMT NOVA

PREFÁCIO

Fernando Passos Cupertino de Barros¹

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-7973>

Segundo Bárbara Starfieldⁱ, todo sistema de saúde possui duas metas principais. A primeira é a de otimizar a saúde da população. Para isso, utiliza as melhores evidências sobre a causalidade das doenças, seu manejo e as medidas de maximização da saúde. A segunda, não menos importante, é a de minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, buscando a promoção da equidade, de modo a evitar que determinados grupos não estejam sistematicamente em desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um nível desejável de saúde.

O marco referencial para o surgimento de tais ideias, de modo mais enfático e sistematizado, é sem dúvida a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, ocorrida em Alma-Ata, em setembro de 1978 sob os auspícios da OMS e do Unicef. Nela, o então diretor-geral da Organização, Halfdan Mahler, instou os países a adotar mudanças radicais rumo à ambiciosa meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Atenção Primária à Saúde tal como expressa em Alma-Ata é uma abordagem integradora, articuladora, sistêmica, que, entretanto, não foi bem digerida por alguns setores econômicos. Apenas dois anos depois, a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e até mesmo o Unicef já estavam articulados em torno do que ficou conhecida como Atenção Primária à Saúde Seletiva, baseada em alguns poucos procedimentos voltados para os grupos populacionais mais vulneráveis.

Ainda assim, na chamada Carta de Lubliana, de 1996, a Organização Mundial de Saúde adotou um elenco de princípios para a construção da base da chamada atenção primária, ou cuidados de saúde primários. O documento propõe que os sistemas de atenção à saúde devem ser fundados em valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; voltados à proteção e à promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos tenham influência sobre os serviços de saúde e assumam responsabilidade sobre sua própria saúde; dirigido para a qualidade, inclusive nos aspectos de custo-efetividade; corretamente financiado, de modo a permitir acesso a todos os cidadãos a todos os cuidados necessários; orientados para os cuidados de saúde primários, de modo que os serviços de saúde, em todos os níveis, protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem doenças, reabilitem doentes e acompanhem os doentes terminais. Devem reforçar a participação do doente no processo de decisão e promover a continuidade de cuidados nos seus meios culturais específicos.

Os cuidados de saúde primários são uma abordagem que embasa e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção à saúde. Devem ser os ordenadores do percurso do paciente pelos diferentes serviços, de modo a satisfazer suas necessidades em saúde, tornando-se, por excelência, os cuidados de proximidade, o primeiro nível de atenção, a porta de entrada preferencial do paciente no sistema de saúde.

i. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2020.

A Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, no Cazaquistão, na verdade a mesma Alma-Ata agora com outro nome, em outubro de 2018, celebrou os 40 anos da primitiva declaração, todavia com um enfoque diferente. Não se falou mais em sistemas públicos de acesso universal, mas sim de um novo conceito, o de cobertura universal em saúde, o que para muitos estudiosos representa uma redução de amplitude do direito à saúdeⁱⁱ. O novo universalismo ou o novo conceito de “cobertura universal de saúde” aponta que a garantia de acesso aos serviços de saúde não deve ser necessariamente uma prerrogativa do Estado, e que a expansão dos serviços de saúde viria a dar-se, também, pela via da proteção social mercantilizada, ou seja, pelo aumento substancial de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em substituição dos pagamentos diretos.

Organismos financeiros internacionais, em especial o Banco Mundial, assumiram, desde meados da década de 1990, uma posição contrária à universalidade, propondo um conjunto de redes de proteção social e de focalização dos serviços públicos básicos, reiterando a participação do mercado privado na questão social, repetindo a rejeição ao princípio de solidariedade no financiamento de políticas sociais. A agenda do Banco Mundial para reformas no setor da saúde não se modificou de modo substancial ao longo dos anos e defende, dentre outras coisas, o fortalecimento do papel do Estado como agente regulador; a introdução da competição entre os serviços públicos e privados de saúde; a construção de iniciativas estatais de subsídios e incentivos – sobretudo fiscais –, para as ofertas e as demandas dos sistemas de saúde privados; as privatizações dos serviços de saúde; e a focalização dos serviços públicos de saúde dirigidos aos mais pobres^{iii,iv}. Em resumo, propõe que haja sistemas pobres para pobres...

“Para avançar no espírito de Alma-Ata, é preciso reconhecer os direitos sociais; afirmar o dever do Estado; a universalidade do acesso; a regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais. [...] Alma-Ata mobilizou e mobiliza corações e mentes em defesa do direito universal à saúde há mais de 40 anos. A Declaração de Astana terá a mesma força para orientar as transformações necessárias à consolidação desse direito?”^v

ii. Cupertino de Barros, Fernando Passos. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? Anais do IHMT, vol 13 (2014) Saúde Global e Doenças Tropicais, Lisboa: 2014, p. 87-90.

iii. Gustavo Bonin Gava y Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias (2020): “A agenda de reformas para os sistemas de saúde: uma análise das propostas das agências internacionais”, Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, ISSN: 1696-8352, (agosto 2020). En línea: <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/08/sistemas-saude.html>

iv. Giovanella Lúcia, Mendoza-Ruiz Adriana, Pilar Aline de Carvalho Amand, Rosa Matheus Cantanhêde da, Martins Gabrieli Branco, Santos Isabela Soares et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2021 Feb 22]; 23(6): 1763-1776. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

v. Giovanella, Lúcia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 24 Setembro 2021], e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464.

Em meio a esse cenário, fortalecer os cuidados de saúde primários tem sido uma preocupação de muitos países, incluindo-se os Estados-membros da CPLP. Alguns, por diferentes circunstâncias, têm logrado avançar de forma mais rápida e eficaz, outros não.

Após um longo trajeto, foi possível incluir no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, o fortalecimento dos cuidados de saúde primários no âmbito dos países de língua portuguesa, graças à participação ativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (CONASS), com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e dos demais observadores consultivos da CPLP que integram sua Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional, contando ainda com o apoio do Fórum da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesa.

O objetivo do seminário gerador da presente publicação, foi o de aprofundar o conhecimento sobre como se estruturaram os cuidados de saúde primários ao longo do tempo e das capacidades e, também, conhecer as estratégias adotadas de modo a permitir seu fortalecimento e articulação com os demais níveis de atenção à saúde, os avanços alcançados e os desafios que ainda devem ser transpostos.

No escopo de um estágio pós-doutoral, buscou-se aliar o rigor científico às observações empíricas e às reflexões que permitam o enriquecimento mútuo dos países, de modo a levar adiante a grande tarefa de tornar a saúde um direito humano indisponível. É essa a ambição que nos move e que nos anima, especialmente com vistas às próximas discussões que devem ocorrer ainda em 2022, e cujos frutos possam iluminar os sistemas de saúde de nossos respectivos países.

Distribuídos em três dias, e sequenciados em ordem alfabética, oito países que integram a CPLP apresentaram suas contribuições sobre o tema, permitindo o debate e o intercâmbio de conhecimentos e experiências capazes de aperfeiçoar o funcionamento dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, trazer melhorias substantivas na saúde das pessoas.

Por fim, agradeço imensamente aos intervenientes que tão gentilmente dispuseram-se a colaborar conosco em tal empreitada, às distinguidas autoridades que compareceram à sessão de abertura, presencial ou virtualmente; ao IHMT, na pessoa de seu Diretor, Prof. Doutor Filomeno Fortes, e ao meu orientador, o Prof. Doutor Paulo Ferrinho, bem como a todos quantos contribuíram com o seu trabalho para que esse evento fosse possível.

Muito obrigado!

Fernando Passos Cupertino de Barros MD, MSc, MA, PhD

SEMINÁRIO “DE ALMA-ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS PAÍSES DA CPLP”

Zacarias Albano da Costa¹

1. Secretário Executivo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

Senhor Professor Filomeno Fortes, Diretor do IHMT NOVA;
Senhora Dra. Silvía Lutucuta, Ministra da Saúde da República de Angola
Senhor Dr. Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil;
Senhor Professor Paulo Ferrinho, Diretor da Unidade de Saúde Pública Internacional do IHMT NOVA;
Senhor Professor Fernando Cupertino de Barros, Moderador do Seminário;

Minhas Senhoras e meus Senhores.

Gostaria de começar por vos saudar e agradecer o amável convite que me formularam para marcar presença neste Seminário.

Como bem sabem, o IHMT é uma entidade assessora do Secretariado Executivo da CPLP para o setor da saúde.

E nessa condição, as nossas instituições partilham uma longa e profícua parceria, que muito nos apraz registar e que hoje, na minha primeira visita a esta casa como Secretário Executivo da CPLP, não posso deixar de assinalar.

Por isso, é com muita satisfação que participo neste encontro, cuja iniciativa saudamos, dada a grande relevância do tema em debate.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Num contexto em que a ameaça à saúde pública apresenta contornos inéditos, que me dispense de caracterizar, os cuidados primários de saúde assumem um papel muito relevante na resposta ao COVID-19.

Assim, creio que não será demais reafirmar a importância política dos cuidados primários de saúde e a necessidade de se redobramos esforços para se conseguirem avanços consistentes no caminho da cobertura universal de saúde.

A “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, reunida em Alma-Ata, Cazaquistão, a 12 de setembro de 1978, foi precursora e inovadora em muitos aspetos.

Se hoje falamos num Objetivo de Desenvolvimento Sustentável específico para o setor da saúde bem como da necessidade de se estabelecerem abordagens integradas e compromissos políticos multisectoriais para fazer face às determinantes da saúde, tal deve-se ao debate realizado há 43 atrás.

Muitos foram os aspetos progressistas consagrados na célebre declaração.

Desde logo e apenas como exemplo, a definição do conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência

de doença ou enfermidade” e a sua consideração como um direito humano fundamental.

Como bem sabemos, esta caracterização está hoje plasmada no conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Mas, também, por ter focado com a sua lente a importância decisiva dos cuidados primários de saúde no desenvolvimento social e económico da comunidade, uma vez que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

A Declaração de Alma Ata foi por isso inovadora e arrojada!

Teve a coragem de, em 1978, apelar à construção de compromissos globais para alcançar a Saúde para Todos até ao ano 2000.

Trata-se de um documento que se baseia nos princípios de equidade e participação da comunidade, no planeamento e formulação de políticas de saúde, por via de uma abordagem intersectorial.

Quão distantes estávamos de 2021, ano em que, 18 meses depois da OMS ter declarado a Pandemia que atravessamos e, já depois de terem sido lançadas diferentes soluções vacinais, se gera um cenário de impressionante iniquidade e contornos imprevisíveis.

Um Sul global, desprotegido, frágil e ainda sem programas vacinais consistentes em andamento, observa, sem muito poder fazer, o planeamento e azáfama dos países mais desenvolvidos para a administração de uma terceira dose da vacina.

Recorde-se que Alma-Ata apontava justamente para a necessidade de se colmatarem as profundas desigualdades entre países, indicando que elas derivavam de uma ordem social e económica global injusta.

E por isso enfatizava a necessidade de uma abordagem da saúde baseada na comunidade e orientada para a justiça social.

Parece que não estamos, enfim, tão distantes da fotografia que então era apresentada.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Terão reparado que ainda não me pronunciei sobre a Conferência de Astana.

Talvez porque tendo sido realizada 40 anos depois de Alma Ata e já com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável em plena execução, se esperasse um pouco mais de decisão e ação.

Este desapontamento é confirmado pelo teor relativamente insípido da Declaração Política da Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal de Saúde,

“Cobertura universal de saúde: juntos para construir um mundo mais saudável”, realizada em setembro de 2019, no contexto da 72ª Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU).

O aspeto mais inovador que podemos retirar de Astana passa, portanto, pela recuperação que foi feita dos princípios e temas do debate de Alma Ata e pela inventariação da possibilidade de se poderem trabalhar de forma integrada os temas da Agenda 2030 e dos cuidados primários de saúde.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Análises recentes permitem avaliar que a Pandemia parece ainda longe de estar debelada e que deixará feridas mais profundas naquelas geografias onde existe maior vulnerabilidade social e económica.

No seguimento das declarações proferidas durante a Cimeira Global sobre a COVID-19, organizada pelo Presidente Biden, no passado dia 22 de setembro, no contexto da 76ª AGNU, a OMS apresentou, há poucos dias (a 7 de outubro de 2021) a sua nova meta: vacinar contra a Covid 40% da população mundial até ao final do ano e 70% até meados de 2022.

Como temos observado, parece ser uma meta difícil de cumprir.

Para tanto, será necessária uma maior solidariedade internacional entre os países, promovendo consórcios efetivos para produção e doação de vacinas em larga escala.

Esperemos, então, que seja possível criar condições para o surgimento de uma liderança global mais dialogante e propensa ao reforço do papel do multilateralismo nas relações internacionais, numa nova lógica de diplomacia da saúde.

Tal compromisso será fundamental para assegurar que muitos países de baixa renda e outras nações consigam manter um equilíbrio mínimo no financiamento dos seus sistemas de saúde.

Trata-se, como se imagina, de um desafio de uma magnitude gigantesca.

A atualização de relatório do Banco Mundial, "Do choque duplo à recuperação dupla", de março de 2021, apresenta essa meta como quase impossível de alcançar.

Refere esse documento que cerca de 52 nações, muitas delas de baixa renda, terão dificuldades económicas para responder a futuras pandemias ou mesmo para comprar vacinas COVID-19, em razão de uma quebra generalizada na despesa per capita dos governos até 2026. O relatório é também muito claro ao indicar as responsabilidades dos países mais ricos no apoio aos processos de recuperação.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Os cuidados primários de saúde podem desempenhar um papel significativo na resposta ao COVID-19.

Por exemplo, ao diferenciar os pacientes com sintomas respiratórios [entre aspas] “típicos” daqueles infetados pelo COVID-19; produzindo diagnósticos precoces; e apoiando as pessoas vulneráveis a lidar com sintomas de ansiedade provocados pelo medo do vírus, o que poderia reduzir a procura por serviços hospitalares.

Mas, como será expectável e, tal como acima aludi, a forma como se processa o acesso à vacina continuará a condicionar as nossas diferentes realidades e expectativas de recuperação.

A CPLP deve continuar a defender que a vacina deve ser considerada como um “bem público global”.

E que o processo de vacinação deve ser verdadeiramente global, não deixando ninguém para trás.

Para a Comunidade, será necessário procurar garantir que o acesso às vacinas seja universal, oportuno, justo, equitativo, seguro e eficaz.

O mesmo se diga para todos os produtos essenciais, incluindo os seus componentes e precursores, necessários na resposta a esta Pandemia e às que virão.

Na ótica da nossa Organização, duas condições têm de verificar-se rapidamente para mitigar os efeitos da calamidade pública que constitui a COVID-19:

- A primeira, a vacinação tem de acontecer muito mais rápido do que o previsto e, neste contexto, a aprovação de novas vacinas poderá evitar a sua escassez ao nível global;
- A segunda, os países ricos, que adquiriram um excesso de stocks, deverão continuar a aderir ao consórcio GAVI na rápida dinamização da iniciativa COVAX.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

A pandemia tem deixado um registo confrangedor de mortes e sequelas e, também, uma dúvida razoável de que muito mais poderia ter sido feito em termos de antecipação, preparação e resposta.

Nenhum país poderá enfrentar sozinho os efeitos desta crise. Por isso mesmo, a coesão e a solidariedade são mais importantes do que nunca.

Creio que as fortes ligações que caracterizam a nossa Comunidade propiciam o debate sobre soluções conjuntas e a partilha de estratégias comuns.

E por isso, no contexto da presente reunião, gostaria de recordar o contributo do

Fórum da Sociedade Civil da CPLP e da Comissão Temática de Observadores Consultivos para o Setor da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional, ao terem evidenciado junto do Secretariado Executivo da CPLP, respetivamente em 2016 e 2018, a necessidade de reforçar o papel dos cuidados primários de saúde no controlo e reversão das grandes endemias (VIH, Tuberculose e Malária), bem como na abordagem às Doenças Tropicais Negligenciadas.

Agradeço ao Senhor Professor Fernando Cupertino de Barros, todo este esforço e incentivo.

Agradeço, igualmente, ao Senhor Professor Filomeno Fortes e ao Senhor Paulo Ferrinho, terem retomado a prioridade que esta questão deve merecer na CPLP, propondo o seu enquadramento nos debates da Reunião de Ministros da Saúde da CPLP e nos trabalhos do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP).

Por tudo isto, Senhora Ministra Silvía Lutucuta, é com muita expectativa que ficamos a aguardar o anúncio da data da Conferência sobre cuidados primários de saúde que se perspectiva para fevereiro do próximo ano, em Luanda.

Permita-me propor, Senhora Ministra, que esta ocasião seja aproveitada por V. Exa para convocar a VI Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, conferindo assim uma maior dignidade institucional à conferência que, quem sabe, poderia passar a ser um evento âncora da ministerial da saúde da CPLP.

Gostaria de terminar, reiterando os meus agradecimentos pelo convite, agradecendo a vossa atenção e desejando a todos uma excelente Conferência.

A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM ANGOLA: DE ALMA-ATA A ASTANA

Luis Bernardino¹

1. Professor e Chefe do Departamento de Pediatria (1980-2003); Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Luanda; Director do Hospital Pediátrico David Bernardino (1992-2012); luisbernardino.1@gmail.com;

Resumo

Em Angola, o Sistema de Saúde nunca teve uma matriz estrutural materializando o conceito de Cuidados Primários de Saúde nem teve uma estratégia abertamente dirigida à base e à periferia do sistema. Não obstante, os Decretos de 2003 e 2010 definiram, respectivamente, a estrutura de uma rede hierarquizada de Saúde, e a necessidade de priorizar o nível periférico, municipal do Sistema de Saúde, considerado (*sic*) “*a espinha dorsal dos Cuidados de Saúde*”. Contudo, a prática de reservar às estruturas centrais os aspectos metodológicos, ficando a execução entregue aos órgãos provinciais (aliada a uma progressiva deterioração do desempenho do Ministério da Saúde), criou um grande hiato entre as decisões políticas e o seu cumprimento no terreno, convertendo em retórica grande parte da política de saúde do país. Os grandes problemas de saúde e doença eram relegados aos Serviços de Urgência dos grandes Hospitais, que registavam, sobretudo em crianças, um número alarmante de óbitos e uma progressiva deterioração do seu desempenho. Paralelamente, os grandes investimentos, feitos no topo da pirâmide de saúde e na capital e centros urbanos, eram decididos pelos órgãos centrais; desta forma, todo o sistema foi-se deteriorando, sem investimento nas estruturas da periferia e no pessoal de base. A proliferação da medicina privada respondeu às grandes faltas e à grande demanda; e a população, mesmo a mais carente, paga do seu bolso a maioria das despesas de saúde. Como consequência, os índices de saúde infantil, materna e esperança de vida em Angola são muito insatisfatórios, mesmo comparados com os dos outros países da África Subsaariana – e no atual ambiente, não se vislumbra qualquer esforço de repensar o financiamento e a implementação do Sistema Universal de Saúde considerado nos objetivos da Saúde Sustentada para 2030.

Palavras-chave: Angola. Sistema de Saúde. Cuidados Primários de Saúde. África Subsaariana.

Abstract

In the Angolan Health System we don't find a structural core inspired in the Primary Health Care philosophy, neither is apparent a strategy targeting directly the base and the peripheral level. Notwithstanding, the legislation approved in 2003 and 2010 defined, respectively, a structured and hierarchical health net, and the principle of prioritizing the peripheral or municipal level of care, which was considered the “*Health Service dorsal spine*”(sic). However the practice of ascribing a rather methodological role to the central agencies and putting the onus of execution on the provincial level (allied to a deteriorating performance of the Ministry of Health) created, as a consequence, a great gap between the political decision and its accomplishment in the field, and converted in great

part to rhetoric the national policy on Health. The great problems of health and disease were relegated to the Casualty Departments of the big Hospitals, where the number of deaths, mainly children, was staggering and its standard of performance declining each day. In parallel, great investments made in the top of the health pyramid, in the capital and urban centers, were decided at central level, whereas the Health System, as a whole was deteriorating for lack of investment and financing on structures and personnel. Responding to great shortages and demands by the population at large, the agents of private medicine had an exponential growth, so that even the poorest pay out of pocket the necessities imposed by ill health. As a consequence, health indicators on child and maternal health and life expectancy in Angola are very unsatisfactory, even as compared to the other Sub-Saharan countries, and in the present situation no sign is visible of any attempt to re-think financing and implementing the Universal Health Care contained in the Sustained Health objectives for 2030.

Keywords: Angola. Health System. Primary Health Care. Sub-Saharan Africa.

ANTES DE ALMA-ATA

Antes da Declaração de Alma-Ata, em 1978¹, houve a independência de Angola, em 1976; e, antes disso, a Saúde da Angola colonial. Nos anos 1970, já as ideias de Maurice King, na Uganda², e David Morley³, na Nigéria, circulavam e influenciavam ações pontuais dentro dos postulados de King: tratar perto, tratar cedo, tratar com poucos custos e prevenir... prevenir.

O regime da jovem República Angolana pretendia-se socialista, o que prefigurava o carácter equitativo, universal do sistema que Alma-Ata iria conceitualizar dois anos depois, e que constituiu, para os idealistas dos primeiros anos, um terreno fértil para um espontaneísmo generoso:

- o Aprovação legislativa para as práticas de planeamento familiar e anticoncepção;
- o Criação de uma rede de saúde extra-hospitalar em Luanda;
- o Promoção e tentativa de formação dos Promotores de Saúde⁴;
- o Organização de campanhas de vacinação anti pólio baseadas nas escolas;
- o Formação nas técnicas de hidratação oral;
- o Tentativas de adotar uma política de medicamentos essenciais;
- o Criação e difusão da carta de crescimento e vacinação infantil.

DE ALMA-ATA A 1992

Sob a influência das ideias de Alma-Ata, houve iniciativas de criação de uma estrutura consultiva e de coordenação de vários Ministérios, que, juntamente com o Minis-

tério da Saúde, cuidasse dos condicionantes ambientais e nutricionais realçados pela abordagem dos Cuidados Primários de Saúde (CPS)

Com o decorrer do tempo, não houve consequências práticas e estruturais dessa iniciativa, verificando-se antes ações setoriais no Sistema de Saúde, com a assistência da Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Agência Sueca Internacional para o Desenvolvimento (SIDA):

- Reforço e sustentabilidade do programa nacional de vacinação, alargamento do programa (apoio da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização – Gavi e da OMS);
- Programas de vigilância nutricional, segurança alimentar e combate à malnutrição (criação de Centros Terapêuticos de Nutrição, com apoio do Unicef);
- Iniciativas de educação para a Saúde;
- Descentralização da assistência obstétrica em Luanda (CAOI) e tentativa de descentralização pediátrica (CAPEL) apoiadas pela Cooperação Sueca;
- Adoção da abordagem IMCI (em português, AIDI, Assistência Integrada da Doenças Infantis), com formação de várias centenas de paramédicos em Luanda e nas províncias;
- Campanhas nacionais de vigilância e vacinação, posteriormente integradas na estratégia de erradicação da poliomielite (apoio OMS, Rotários, entre outros).

A grande maioria das ações foram do tipo funcional e de formação: não houve substancial reforço estrutural dos centros de saúde nem preocupação de projetar ou reforçar uma eventual rede sanitária hierarquizada.

1992-2002: A DESESTATIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DA ECONOMIA DE MERCADO

A deterioração do Sistema e dos Indicadores de Saúde – em grande parte determinada pela guerra civil – e a evolução nacional e internacional conduziram, paralelamente às iniciativas de Paz, à alteração do paradigma político e econômico, que a aprovação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde (1992)⁵, consagrou no que respeita ao Setor da Saúde. O Diploma, além de reafirmar as linhas essenciais de organização do Sistema de Saúde, insere modalidades de pagamento:

- Autorização de prática médica remunerada em estabelecimentos privados;
- Taxas Moderadoras nas instituições públicas;
- Pagamento no Serviço de Saúde, em situações especiais;
- Paralelamente, adotam-se mecanismos de gestão descentralizadores, que combatem as grandes distorções de uma má planificação.

Esta legislação sancionava uma situação de fato que já decorria pela grande insatisfação com o sistema público, e consequente recurso a medicinas paralelas e alternativas, que tinham os seus custos⁶.

O CUSTO DA MEDICINA PARA A MAIORIA DA POPULAÇÃO

Num inquérito realizado em 1998 em quatro províncias de Angola apurou-se:

- 75% da população que esteve doente no período estudado não tinha recursos financeiros próprios que pagassem a despesa incorrida com a doença.
- Teve que recorrer a várias estratégias como: ajuda familiar; empréstimos; venda ou hipoteca de bens; ou mesmo redução de compra de alimentos.

Júlia Vaz Grave

O DECRETO Nº 54/03⁷: DEFINEM-SE AS ESTRUTURAS E FUNÇÕES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Este decreto tinha como objetivo geral regulamentar as unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde (SNS) definindo os níveis de cuidados, o conceito de área de Saúde (que, como é expresso, corresponde ao município) precisando a necessidade de hierarquização e referência e contra referência.

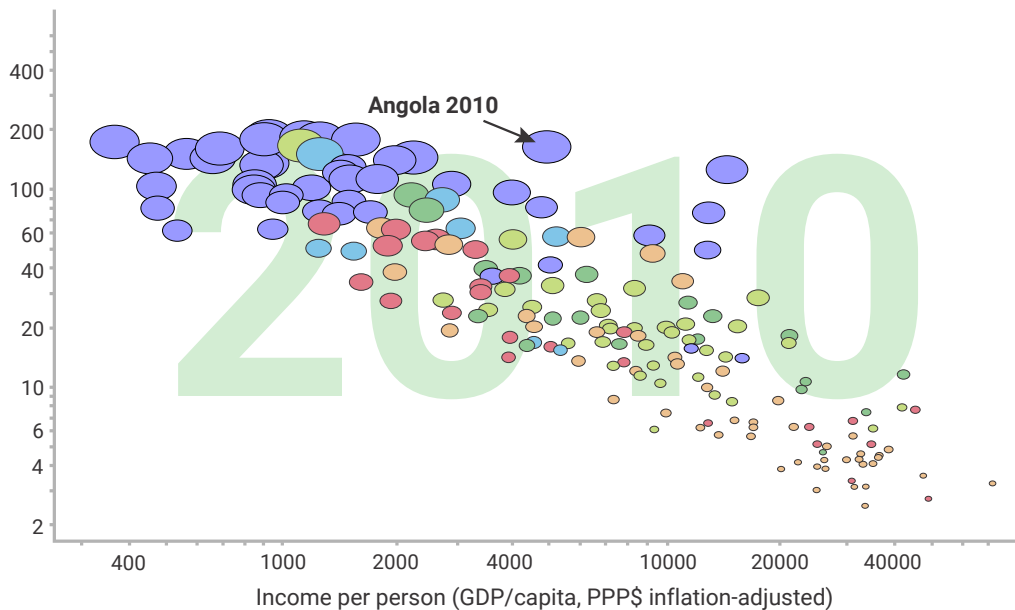
Tardiamente (já decorridos 15 anos da Declaração de Alma-Ata), coincidindo com a instauração da Paz em 2002, é dado particular relevo às áreas de Saúde, definindo os Postos de Saúde I e II e os Centros de Saúde (CS), entre os quais, CS de Referência, que fazem a transição para o Hospital Municipal.

Mais de três quartos do Decreto são consagrados a definir com considerável detalhe os pacotes de serviços dentro das Áreas de Saúde, e a composição e funções do pessoal a nível dos Centros e Postos de Saúde.

2003-2010

- A estratégia aprovada em 2003 não é executada no terreno;
- Há uma evolução insatisfatória dos cuidados de saúde apesar do fim da guerra e do "boom" do petróleo;
- O aumento da oferta da medicina privada leva à criação de uma assistência "two tiers" (de dois níveis).

O “Gapminder” de Hans Rosling: em uma linha de correlação negativa entre a mortalidade de menos de 5 anos e o PIB per capita, Angola aparece muito acima da tendência, como país em que o aumento do PIB não se acompanha de uma diminuição da M<5.



Fonte : Gapminder Foundation Site

2008-2010: TENTATIVA DE DINAMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA PERIFERIA

O Decreto Presidencial nº 262/10⁸ visa relançar o SNS

Este Decreto, datado de 24 de Novembro de 2010, aparece como uma reação a esta desfavorável situação.

Regista que 60% da população se encontra abaixo do nível da pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema; embora, com um PIB por habitante de US\$ 5.385, Angola tenha subido consideravelmente na lista dos 182 países, passando para a 101ª posição. Reconhece-se que as melhorias possibilitadas pela Paz de 2002 na produção, nas comunicações e na reconstrução não se acompanharam das melhorias necessária na Saúde (as taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna, a malnutrição infantil, a baixa esperança de vida). Pelo que se impõe o “*renascimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS)*” (sic).

É feita uma análise objetiva e exaustiva dos problemas de saúde e refere-se a evolução da oferta dos recursos humanos. Os principais problemas de Saúde identificados são: débil cobertura sanitária (apenas 40% da população), recursos insuficientes e mal geridos.

Art. 6.1.1 “A organização e melhoria da gestão no âmbito da reforma do sistema de saúde, baseado na estratégia dos cuidados primários de saúde constitui a espinha dorsal sobre a qual as restantes intervenções de saúde irão encontrar o suporte necessário [...]”

A revitalização do sistema municipal de Saúde, onde os cuidados primários de Saúde ocupam um lugar prioritário, “é a pedra basilar do Sistema Nacional de Saúde (SNS), devendo ser assegurado um financiamento sustentável a este nível”

A SITUAÇÃO NO TERRENO EM 2010-2020

O Decreto Presidencial nº 262/10 continha uma boa análise de situação, mas pouco mais fazia que enunciar princípios gerais e verdades consagradas à volta da estratégia de “municipalização da Saúde”. Seguem-se, em 2011, leis definidoras das tarefas das autoridades municipais e da obrigatoriedade de as administrações provinciais reservarem para as administrações municipais 26% do seu orçamento para a Saúde. Estes detalhes não parecem ter-se acompanhado do devido respaldo financeiro, limitando-se a dar poder financeiro a quadros municipais não preparados (ver adiante o estudo de caso de saúde municipal).

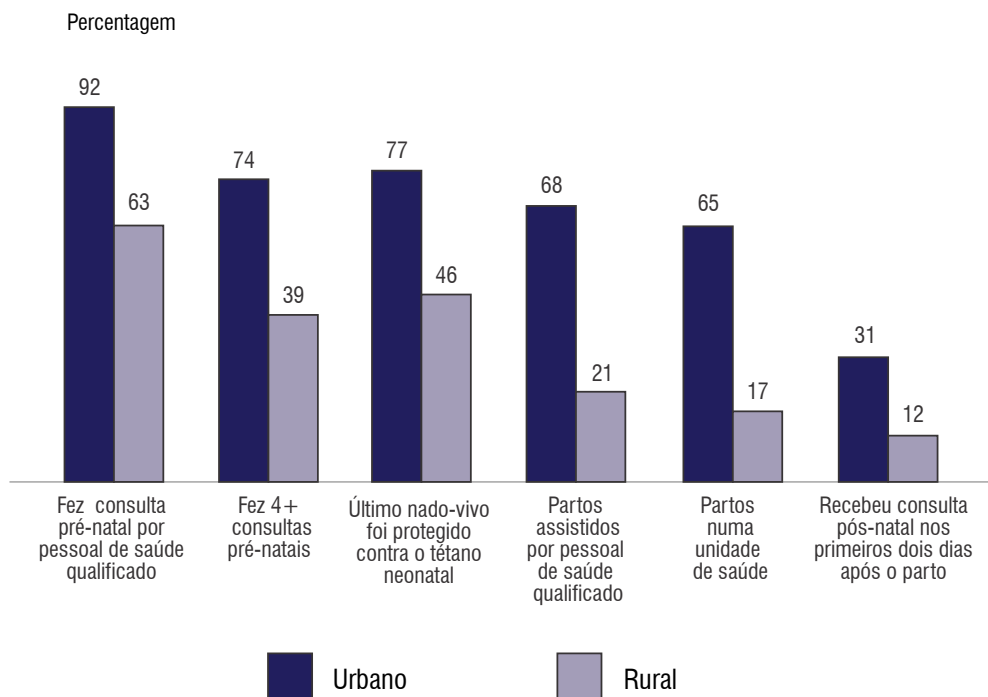
Não é anunciado um reforço em meios humanos, materiais e financeiros.

É o tipo de governação a que já nos habituou o Executivo Angolano em vários setores da vida nacional:

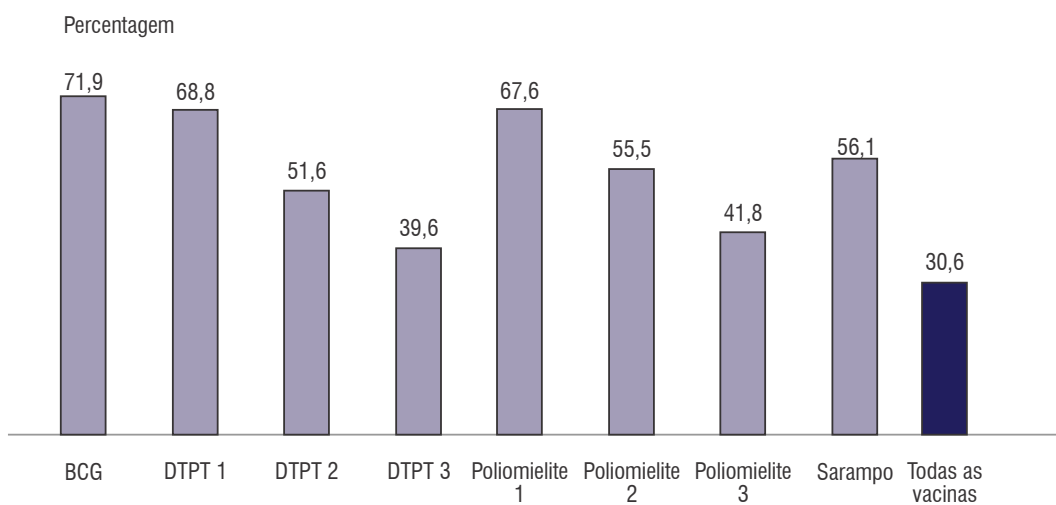
- Elaboração de leis com alguma qualidade e fundamentação
- Apresentação pública em intervenções e seminários
- Falha e mesmo fracasso na concretização no terreno das políticas anunciadas
- Falta de avaliação retrospectiva e incapacidade (deliberada ou não) de medir o impacto das políticas adotadas, substituída por análises auto congratulatórias infundamentadas

Vejam-se os números em 2011-2016: apenas 21% de partos assistidos em meio rural, apenas 30,6% de crianças completamente vacinadas até aos 23 meses, uma alta mortalidade em menores de 5 anos.

Consultas pré-natais, assistência ao parto e consultas pós-parto



Cobertura vacinal das crianças de 12-23 meses por tipo de vacina



Fonte: MCIS

Comparação da TM <5 entre os países com mais mortalidade no mundo e entre os países da CPLP

Países com maior M<5 anos no mundo		M<5 anos nos países da CPLP	
Somália	180	Angola	161
Mali	178	Guiné-Bissau	150
Burkina Faso	176	Moçambique	135
Serra Leoa	174	São Tomé e Príncipe	80
Haiti	165	Cabo Verde	36
Chade	163	Brasil	19
Angola	161	Portugal	4

Fonte: UNICEF, 2011

NOS ÚLTIMOS 4 ANOS, EXACERBARAM-SE TENDÊNCIAS PREOCUPANTES NA GESTÃO DA SAÚDE

Nas mudanças observadas no governo de Angola a partir de 2016, há que destacar como fator positivo o aumento em 2018 para 7,4% da fração do Orçamento de Estado atribuída à Saúde (decidida na Assembleia Nacional, mas não cumprida no exercício orçamental do Governo), ainda não o mínimo de 10% proposto pela OMS, mas bem acima dos valores que até então eram praticados... e voltam presentemente a sê-lo..

Infelizmente, a nova gestão da Saúde manteve e mesmo agravou as práticas dos Ministros anteriores, sendo relevante a ausência de uma visão dos grandes problemas de Saúde de Angola, e consequente ignorância e desinteresse pela prática dos CPS (problemas pontuais de nível terciário de maior visibilidade política mereceram o centro das atenções e ações). Em consequência:

- Observa-se um declínio de ações de programas de planeamento familiar, imunização, combate à malária. As estimativas recentes indicam um aumento de 48% de incidência de casos de malária e de 72% do número de mortes¹⁰.
- Embora Angola tivesse sido declarada país livre de pólio em 2015, ressurgiram os casos de pólio derivado da vacina, o que se deve à fragilidades da rede fixa de vacinação.
- Angola, apesar da baixa prevalência histórica, está longe de cumprir os 90/90/90 na estratégia de luta contra o SIDA (aids), tendo-se registado o aumento de 29% de mortes por VIH; a transmissão vertical mãe-filho em Angola é de 27,8% (média regional de 9,2%)¹⁰.
- Angola é um dos países do mundo com maior incidência de tuberculose, o 11º no que respeita à incidência conjunta de tuberculose e SIDA (aids), tendo registado um

aumento do número estimado de casos em 19%, e em 17% o número de mortes¹⁰.

- Há tendência de priorizar as despesas no topo: nos últimos dois anos, foi anunciada a construção de seis grandes hospitais em Luanda e nas províncias, com verbas avançadas no total de mais de US\$ 1 bilhão (por ajuste direto).
- Prioridade à custosa qualificação (dezenas de milhões de dólares) do Sanatório de Luanda, em lugar de reanimar o “dot” à periferia.
- Recentemente, foi anunciada a instalação de dois “hospitais de campanha” no valor de US\$ 19 milhões, denotando o “agorismo” e a falta de planificação.
- Reação à pandemia pela criação de estruturas paralelas (provisórias) para internamento e diagnóstico, sob dependência central, em lugar de, com as grandes verbas disponibilizadas, fortalecer estruturalmente os hospitais nos respectivos setores de infectologia (o intensivismo de qualidade é praticamente deixado ao setor privado). Nestas verbas, não se incluiu a proteção devida ao pessoal de Saúde, que foram induzidos, por mais de um ano, a reduzir as suas prestações no SNS a 50% e menos¹¹.

Os marcadores de saúde em Angola em 2018 ainda são desfavoráveis, mesmo comparativamente aos outros países sub-saharianos

População	30.810.000
Nº anual de nascimentos	1.257.000
Menores de 18 anos	16.457.000
Menores de 5 anos	5.553.000
Mortalidade de menores de 5 anos	97.000 (9ª maior do mundo)
	77 por 1000
Mortalidade infantil	52 por 1000
Mortalidade neonatal	28 por 1000
Esperança de vida	61 anos

Estado da Medicina Rural – Comuna da Cumbira, Município da Conda, Cuanza Sul – Estudo de caso, 2014



- Posto/Centro de saúde inaugurado em 2012 na comuna de Cumbira, município de Conda, no Cuanza Sul
- Contrasta o edifício entre as casas de adobo da aldeia

- Tem um consultório com equipamento considerável, uma enfermaria de 6 camas e sala de partos.

Visita de 2014

- Nunca se fizeram partos
- Apenas uma vez por semana passa um enfermeiro de outra unidade que vê alguns doentes

2021

- o Centro está encerrado há já algum tempo.

Estado da Medicina Urbana (Luanda) Estudo de caso, 2021

- Doente de 70 anos, perdeu oficina mecânica em Luena durante a guerra (1977) e veio para Luanda, onde ainda habita numa moradia no bairro de Alvalade. Está, há muito tempo, desempregado, a esposa tem incapacitação física, e é a filha mais velha, mãe só, que tem trabalhado como contabilista em várias empresas, que mantém a casa e os seus 3 filhos. É diabético tratado com insulina lenta.
- Em maio, sente-se fraco e vai a uma clínica privada do bairro (Clínica de Alvalade).
- A família encontra níveis muito altos de glicemias ao fim do dia e recorre à urgência de um grande hospital terciário da zona (Prenda), onde o tratamento é corrigido, mas por falta de camas é aconselhado a ir para casa e voltar. Fica dois dias a fazer soro em casa administrado por um enfermeiro.
- O doente queixa-se agora de fadiga e cansaço e os níveis de glicemia estão nos dois extremos. A família recorre a uma clínica privada no Miramar. O RX em papel, de má qualidade, sugere derrame na base esquerda e lesões de broncopneumonia no terço superior direito. Aconselhado internamento, o que é feito em uma clínica "cubana", onde está 2 dias, mas os médicos não encontram melhoria e aconselham internamento em CI.
- Procura o BU do HAB (Hospital Terciário Universitário), onde é mantido no BU, e ao fim de 24 horas é feito um 3º teste para covid-19 que desta vez dá positivo. Recusam a alimentação da família, que não pode contactar o doente, assim como a insulina comprada, com o comentário de que 'O doente tem glicemia baixa'. O doente grita, está agitado, diz que tem fome e é transportado para a enfermaria de Covid na zona econômica (a alguns quilômetros de distância), onde, ao que parece, chega cadáver.

Comentários dos Cuidados em Meio Urbano

- O relato é baseado na informação da família e pode conter algumas inexatidões

CONTUDO É ÓBVIO QUE:

- Não existe, mesmo na capital do país uma rede pública de Cuidados de Saúde configurando os dois níveis (Centro de Saúde-Hospital Municipa), pelo que os doentes ficam limitados, mesmo em cuidados ambulatoriais, a:
 - Recorrer à medicina privada
 - Clínicas pequenas e grandes da cidade do alfalto
 - Pequenas clínicas, Centros e Postos de Saúde nos bairros, muitos dos quais geridos apenas por enfermeiros
 - Recorrer aos Serviços de Urgência dos Hospitais Gerais e Terciários ou dos poucos Hospitais Municipais e Centros de Saúde com Urgências.
- É óbvio que as inúmeras Clínicas privadas que têm proliferado não assumem os doentes (por questões financeiras) e praticam uma péssima medicina, assim como os BU dos hospitais: manter, ao longo deste caso a Insulina lenta (fornecida pela família) em lugar de uma monitorização fina passando para Insulina rápida, como é mandatário, é um exemplo)
- Fica patente a má gestão da pandemia ao criar zonas de internamento longe dos hospitais, quebrando a continuidade de tratamento, e afastando os doentes das famílias, com transporte de doentes críticos que, como neste caso, pode ser fatal.

DISCUSSÃO

Em Angola, embora tenham sido postos em prática vários componentes dos CPS, tal como definidos em 1978 na Conferência de Alma-Ata, não transparece, ao longo dos 43 anos transcorridos desde então, que a filosofia dos CPS tenha constituído uma matriz para a estruturação do Sistema de Saúde, ou para as prioridades estratégias em favor de um Serviço de Saúde equitativo, universal, e dando ênfase aos cuidados de proximidade,

Em consequência, apesar da favorável evolução financeira proporcionada pelos seus apreciáveis recursos naturais, Angola tem registado indicadores de saúde, nomeadamente infantil e materna, dos mais desfavoráveis, mesmo quando comparados com outros países da África Subsaariana.

O esforço feito pelos legisladores, sobretudo após o fim da guerra civil em 2003, para definir uma rede de Saúde que pudesse, no terreno, implementar a estratégia dos CPS esbarrou em duas condições adversas:

- Uma, de natureza política, própria de um estado centralizador e autoritário, em que as decisões da cúpula política se fundamentavam menos em considerações técnicas e científicas e na auscultação da sociedade civil, privilegiando pareceres superficiais, ignorantes, quando não demagógicos e oportunistas, preocupados em criar fatos políticos, ganho pessoal e propaganda para o regime junto da reduzida massa crítica nacional, mas que, a longo prazo, afastaram o Estado da boa governação.
- Outra, de natureza administrativa, que limitava a papel de certas instituições centrais a definições metodológicas de decisões que, no caso dos CPS, eram deixados para execução dos órgãos provinciais, com menos “*know how*” para decidir as prioridades e menos verbas, gastas em geral sem visão e de uma forma circunstancial e rotineira. Ao mesmo tempo, registava-se uma crescente inoperacionalidade dos mecanismos de coordenação, supervisão e execução dos órgãos do Ministério da Saúde

Veja-se o caso da Direção-Geral da Saúde (DGS), e como este órgão, definido pela lei como um órgão executivo central do Ministério da Saúde, acaba por ter um papel relativamente menor na execução da política de Saúde:

- A DGS define metodologias, e trabalha com agência internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Global, mas a execução dos programas destas agências, que procuram aplicar a estratégia dos CPS, é minimamente confiada aos órgãos no Ministério para execução no terreno, e antes entregues a agências internacionais e ONGs.
- Tem uma função de vigilância epidemiológica e informação estatística, cuja qualidade é muito afetada pelo fraco investimento nesta área e pelo nível insatisfatório de cuidados da rede periférica, que é incapaz de alimentar com qualidade o sistema.
- Tem funções de supervisão e inspeção, mas tem incapacidade de as cumprir por falta de verbas¹².
- O Relatório da DGS de 2018¹³ não pode senão apontar os constrangimentos e desafios numa situação de incumprimento de 60% dos objetivos para uma Saúde Sustentada, deixando votos para a execução do que falta.

EM CONCLUSÃO:

As perspectivas para Angola de poder usufruir dum Sistema de Saúde que sirva com eficiência e equidade a sua população, aproximando-se dos objetivos da Saúde Universal e Sustentada estão, portanto, dependentes da superação destes dois tipos de limitações:

- aumento das preocupações sociais do Estado, criação de um ambiente político mais democrático e transparente, com maior papel da sociedade civil, e promoção da investigação científica como base principal para as políticas a adotar
- adoção de medidas administrativas a nível do Ministério da Saúde, que, em vez de relegar para a periferia a execução dos Cuidados Primários de Saúde, façam o seu apetrechamento em fundos e recursos humanos e lhes deem o devido apoderamento a nível central, com a criação duma Direcção Nacional ou mesmo uma Secretaria de Estado para os CPS

REFERÊNCIAS

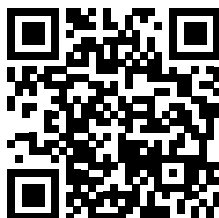
1. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS;, 12 de Setembro de 1978.
2. King M. Medical care in developing countries: a primer on the medicine of poverty and a Symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press; 1966.
3. Morley D. Pediatric Priorities in the Developing World. London: Butterworths & Co.; 1973. (publicado em Português no Brasil em 1980 pelas Edições Paulinas)
4. Manual do Promotor de Saúde, Direcções Nacionais de Formação de Quadros, Ministério da Saúde, Luanda, 1979
5. Angola. Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto. Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, n. 34; 28 ago. 1992.
6. Grave JV. Disponibilidade da População em pagar os serviços de saúde. Acta Médica Angolana. 2004;01:13-27.
7. Angola. Decreto nº 54/03, de 5 de agosto de 2003. Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, nº 61; 5 ago. 2003.

8. Angola. Decreto Presidencial sobre Política Nacional de Saúde nº 262/10, de 24 de janeiro de 2010. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, nº 222; 24 nov. 2010.
9. United Nations Children's Fund. MICS, Multiple Indicators Cluster Survey. INE; 2016.
10. Fundo Global. Relatório de Auditoria: Subvenções do Fundo Global à República de Angola. Genebra: GF-OIG-20-003; 2020.
11. United Nations Children's Fund. UNICEF , Levels and trends in child mortality, 2020. New York: UNICEF; 2020.
12. Relatório Síntese de Actividades da Direcção Nacional de Saúde, 2009 – 2015., Luanda, 2016
13. Apresentação sobre “Os objectivos de Desenvolvimento Sustentado e Cobertura Universal de Saúde em Angola, 2018”, Dra. Isilda Neves, Directora Nacional de Saúde, apresentada em reunião no Ministério da Saúde, 2019

,

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



DE ALMA ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NOS ESTADOS-MEMBROS DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – O CASO DO BRASIL

Carla Ulhoa André¹

Fernando Passos Cupertino de Barros²

Maria José de Oliveira Evangelista³

Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho⁴

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9378-2958>

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-7973>

3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9475-7885>

4. Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>

Resumo

O capítulo tem por objetivo relatar a trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, de Alma-Ata a Astana, e a contribuição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na sua qualificação no âmbito da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda os desafios da APS e do SUS, faz uma análise histórica sobre a evolução da APS, as responsabilidades das três esferas de governo e os impactos nas RAS, além de discorrer sobre a contribuição do Conass com a ambição de vencer esses desafios, por meio de uma estratégia intitulada Planificação da Atenção à Saúde, que consiste em um instrumento de gestão e organização da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada e da Atenção Hospitalar integradas e organizadas por regiões de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article aims to report the trajectory of Primary Health Care (PHC) in Brazil, from Alma-Ata to Astana, and the contribution of the National Council of Health Secretaries (Conass) in the qualification of PHC in the organization of Networks of Health Care (RAS), and the Unified Health System (SUS) as a whole. It addresses the challenges of PHC and the Unified Health System, makes a historical analysis of the evolution of PHC, the responsibilities of the three levels of government and the impacts on the RAS, in addition to the contribution of the Conass to overcome these challenges through a project of Health Care Planning (PAS) which consists of an instrument for the management and organization of PHC, Specialized Outpatient Care (AAE) and Hospital Care (HA) integrated and organized by regions of health.

Keywords: Primary Health Care; Delivery of Health Care; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais, com severas iniquidades sociais e regionais. Possui uma população estimada em 213.684.498 habitantes, distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, onde está situada a capital do país, Brasília. São 5.570 municípios, sendo 71% com menos de 20 mil habitantes; 119 com até 2 mil habitantes, e grandes cidades, como, por exemplo, São Paulo, que possui mais de 12 milhões de habitantes.

São 117 macrorregiões de saúde, compostas por 438 regiões de saúde. No que se refere ao sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela

Lei nº 8.080¹, de 19 de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto nº 7.508², de 28 de junho de 2011. O sistema é gerido por três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal –, que são representadas pelas seguintes instâncias gestoras: Ministério da Saúde (MS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A participação da comunidade, assegurada pela Constituição Federal³ e pela Lei nº 8.142⁴, de 1990, também chamada de controle social, é exercida pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselhos Estaduais de Saúde (CES); Conselhos Municipais de Saúde (CMS); e Conselhos Locais de Saúde (CLS)ⁱ. A governança do sistema se dá na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta pelas três esferas de governo; nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) estaduais, compostas por representações dos estados e municípios; e nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), compostas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e gestores dos municípios de cada região.

O Conass foi criado em 3 de fevereiro de 1982, por iniciativa do Professor Doutor Adib Jatene, então Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, eleito por seus pares como seu primeiro presidente. Trata-se de uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, reconhecida pela Lei nº 12.466⁵, de 24 de agosto de 2011, que reconheceu legalmente o Conass como entidade representativa dos Entes Estaduais nas instâncias do SUS, para tratar de matérias referentes à saúde. Sua sede localiza-se em Brasília/DF e tem como finalidades representar politicamente os secretários de saúde, prestar apoio técnico e político, atuar como órgão de intercâmbio, experiências e formações para a implementação das diretrizes do SUS, atendendo às normas em vigor e buscando consenso nas deliberações. Tem, ainda, o papel de produzir e difundir conhecimentos que possam auxiliar os gestores públicos de saúde no exercício de suas funções e no contínuo aprimoramento do sistema de saúde.

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Para um melhor entendimento, é interessante dividir a evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em ciclos:

- O 1º ciclo ocorreu nos anos 1920, com os Centros de Saúde-Escola, da Universidade de São Paulo (USP), organizados sob influência das ideias dawsonianas⁶;
- O 2º ciclo aconteceu nos anos 1940, sob a influência do modelo sanitário norte-

i. Os conselhos têm composição paritária entre a representação dos usuários (utentes), que detêm 50% de seus membros, e as demais participações (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço de saúde).

-americano, sendo realizado pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (Sesp) e centrado em programas;

- O 3º ciclo deu-se nos anos 1960, nos centros de saúde estaduais, nos quais também eram realizados programas de saúde pública, tais como os de controle da hanseníase e da tuberculose e o programa Materno Infantil, por exemplo.
- O 4º ciclo realizou-se nos anos 1970, com um modelo de medicina simplificada. Nessa década, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, ocasião em que ocorreu uma forte expansão da APS. Em 1975, existiam 1.112 unidades de saúde; em 1984, já eram 13.739, ou seja, um incremento de 1.255% em uma década. Em 1978, ocorreu a Conferência de Alma-Ata, na qual foi discutida a APS em escala planetária;
- O 5º Ciclo ocorreu nos anos 1980, com uma forte expansão da Rede de APS por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), que, até o ano de 1984, estava presente em 112 municípios e, em 1987, encontrava-se já em 2.500 municípios brasileiros. É importante lembrar que, em 1984, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco histórico para a saúde brasileira, de onde saíram as bases doutrinárias do SUS com algumas diretrizes sobre os cuidados primários em saúde. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, a APS ainda era seletiva, ou seja, um modelo simplificado de atenção à saúde voltado para a população mais pobre;
- O 6º ciclo deu-se nos anos 1990, período em que ocorreu a institucionalização do SUS, com a municipalização da APS;
- O 7º ciclo, ainda nos anos 1990, foi marcado pela implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que evoluiu para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente batizado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse ciclo esgotou-se pela persistência e não superação dos problemas, principalmente aqueles relativos à baixa cobertura e à insuficiência de recursos humanos para atuarem na APS;
- O 8º ciclo é denominado de ciclo da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Convém ressaltar que a ESF foi a base para a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, atualizada posteriormente em 2011 e 2017. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, faz uma clara opção por uma APS como estratégia de reordenamento do SUS e a estabelece como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde⁷.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de organização das RAS, originada nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgiu na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos da América (EUA), avançando para os sistemas públicos da Europa Ocidental, Canadá e, posteriormente, em alguns países do sul global, como o Brasil, onde o tema tem sido tratado nos últimos anos⁸.

No Brasil, o sistema de saúde é fragmentado, e ainda incapaz de responder às necessidades da situação de saúde das pessoas. O país enfrenta, ainda, um desafio adicional, representado por transições de ordens demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica, com tríplice carga de doenças (predominância das condições crônicas; as chamadas causas externas, representadas, sobretudo, pelos acidentes e violências e, ainda, a persistência de doenças infectocontagiosas e doenças negligenciadas). Há um consenso universal de que os sistemas fragmentados fracassaram no manejo das condições crônicas. Uma das soluções apontadas seria sua substituição por sistemas integrados de atenção à saúde⁹.

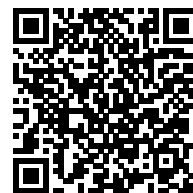
Hartz e Contandriopoulos, citados por Mendes¹⁰, afirmaram que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e da avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. É indispensável, portanto, desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que respondem às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Nesse sentido, o Brasil possui bases normativas robustas para a organização das RAS estruturadas em regiões e macrorregiões de saúde, como, por exemplo:

- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS;
- Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 para organização do SUS;
- Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das macrorregiões de saúde;
- Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.

Há que se considerar, ainda, para a organização das RAS, a população, os territórios, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional. Apesar de a APS

ser de responsabilidade das três esferas de governo, é operacionalizada pelos municípios, onde os territórios são divididos em áreas e microáreas. Em um raciocínio ascendente, as microáreas compõem as áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF); o conjunto das áreas cobrem o território do município; os municípios integram as regiões de saúde, que, finalmente, agrupam-se em macrorregiões.



A população nas RAS não é o mero somatório dos indivíduos que a compõem, mas a que vive em um território singular, cadastrada e vinculada a uma equipe de APS; estratificada por vulnerabilidades sociais e riscos sanitários, cujas necessidades de saúde são conhecidas e dimensionadas na APS¹⁰.

Com relação aos modelos de atenção à saúde, na organização da RAS, o Conass tem adotado o modelo de atenção aos eventos agudos e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado do Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model); do Modelo da Pirâmide de Risco (Kaiser Permanente); e dos determinantes sociais, conforme proposta de Dahlgren e Whitehead, citados por Mendes¹¹.

Segundo Mendes¹¹, os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas às manifestações de condições agudas ou de agudizações de condições crônicas, cujo objetivo é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais e alertas, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, assim como definir o ponto de atenção adequado para o enfrentamento da situação.

Ainda de acordo com o referido autor¹¹, os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos, pois a variável-chave não é o tempo-resposta em função dos riscos. O MACC convoca novas abordagens tecnológicas que sejam efetivas nos processos de mudança de comportamentos, que é fundamental para o sucesso das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais.

A estrutura operacional das RAS está composta por cinco componentes: a APS, que é o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários (RAS temáticas); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

Os sistemas de apoio consistem em sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, e informação em saúde. Já os logísticos são o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, o acesso regulado e o transporte sanitário.

Vale ressaltar que a organização das RAS é feita por Linhas de Cuidado, tais como a materno-infantil, a da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a do idoso etc.

Mendes afirma, ainda, que a gestão da condição de saúde deve ser organizada por meio de linhas-guias, com estratificação de riscos; elaboração de plano de cuidado; gestão dos riscos; mudanças de comportamento; educação permanente dos profissionais e educação em saúde dos usuários, além da programação da condição de saúde¹¹.

Essa opção de organização por RAS temática não tem a ver com programas verticais, pois restringe-se exclusivamente aos pontos de atenção secundários e terciários, isso por causa da divisão técnica do trabalho que exige, nesses locais, a especialização.



Os demais componentes, como a APS, os sistemas de apoio, logísticos e a governança, são comuns a todas as RAS temáticas.

A governança nas RAS é realizada por meio da colaboração entre os gestores interdependentes, em contínuos processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas.

SITUAÇÃO ATUAL DA APS NO BRASIL

Atualmente, o país possui 49.444 equipes da ESF, compostas minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com carga horária de 40 horas semanais, de acordo com a PNAB; 4.284 Equipes de Atenção Primária (EAP), que possuem as mesmas diretrizes das equipes ESF, mas com carga horária de 20 ou 30 horas; 34.207 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que atuam em conjunto com as ESF e as EAP; 5.316 Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB), constituídos por equipes multidisciplinares; 197 Equipes de Consultório na Rua (eCR), que acompanham as pessoas em situação de rua; 650 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); 304 Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); 1.085 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD); 638 Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP); 3.063 academias da saúde, espalhadas em praças e ruas de diversos municípios; 98 unidades móveis fluviais, que atendem as populações ribeirinhas; e 1.067 unidades móveis terrestres, que atuam em municípios que possuem alta dispersão populacional, comum na região norte do Brasil¹².

A APS no Brasil teve uma evolução extraordinária nos últimos 30 anos. Em um único exemplo, das 55 primeiras EqSF implantadas em 1994, chegou-se atualmente à marca de 49.444¹².

Entretanto, os desafios são enormes, principalmente aqueles relacionados com a qualificação dos profissionais e trabalhadores da APS, de modo a transformá-la em ordenadora das RAS e coordenadora dos cuidados; a interoperabilidade entre os mais de 2 mil diferentes instrumentos do sistema de informação; a alta rotatividade dos gestores e profissionais; a educação permanente ainda deficiente; o subfinanciamento do sistema, desde a sua criação; e a má distribuição dos recursos humanos em saúde e o hospitalocentrismo.

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A grande contribuição do Conass para vencer esses desafios foi a criação de uma estratégia intitulada Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que consiste em um instrumento de gestão e organização da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) nas RAS e no processo de sua aplicação e implementação.

O objetivo da PAS é apoiar o corpo técnico-gerencial das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na organização das RAS por meio da qualificação dos macroprocessos da APS, AAE e AH, com vista a alcançar resultados clínicos e funcionais para a população usuária¹³.

A PAS, que inclui o chamado PlanificaSUS, operacionalizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – (Proadi-SUS)¹⁴, está sendo desenvolvida em 45 regiões de 21 estados: Acre, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Sergipe.

O estágio de desenvolvimento da organização dos macroprocessos da APS e da AAE é diverso entre as regiões, mas, certamente, em todos os territórios, está propiciando uma melhoria do acesso e qualificação da resposta às demandas e necessidades da população.

O Conass tem aprimorado a PAS ao longo do tempo, conforme ilustra a figura 1, a seguir.

Figura 1. Linha do tempo da PAS



Fonte: Guimarães, Cavalcante, Evangelista e Lins¹³.

A implantação da PAS é importante porque: ainda é necessário fazer muito para alcançar um estado de saúde minimamente satisfatório para a população, evitando morte e sofrimento; ainda é frágil a capacidade de gestão, tanto na macrogestão dos sistemas e serviços de saúde, quanto na microgestão da prática clínica; muitos profissionais e gestores sentem-se sozinhos nas decisões do dia a dia; existe uma legislação vigente (redes, regionalização, atenção primária, planejamento regional, SUS etc.) que precisa ser colocada em prática; existe uma experiência acumulada e em constante amadurecimento na história da PAS/Conass, que se tornou reconhecida e solicitada para apoiar profissionais e gestores na organização dos processos da rede de atenção e que se soma a várias outras iniciativas em um grande e contínuo empenho em qualificar o SUS.

Cabe observar que os macros e microprocessos da APS são trabalhados utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme a figura 2 a seguir:

Figura 2. A construção social da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Mendes¹¹.

No que se refere à AAE, os centros de especialidades são unidades que possuem abrangência regional, e que atuam de maneira integrada à atenção primária e terciária. Essas unidades devem ser implantadas com o objetivo de atender às necessidades em saúde das subpopulações estratificadas pelas equipes da APS, como aquelas de alto e muito alto risco, ofertando carteira de serviços composta por consultas especializadas, exames e procedimentos vinculados, realizados preferencialmente em um mesmo turno de atendimento, dimensionados a partir da programação das equipes da APS, sendo

o acesso regulado diretamente por elas. Esses ambulatorios possuem quatro funções: assistencial, educacional, de supervisão e de pesquisa¹¹.

Para garantir uma linguagem única entre os diferentes níveis e pontos de atenção, são utilizadas Diretrizes Clínicas, de acordo com cada linha de cuidado¹⁵.

METODOLOGIA

A PAS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas e desenvolvidas por meio de oficinas e formação em serviço, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude necessárias para a organização e qualificação dos processos de vigilância e assistenciais¹⁶.

Baseando-se no princípio da andragogia¹⁷, são utilizadas práticas de problematização que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos, os gestores e trabalhadores designados em cada Região de Saúde. Propõe o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Essa metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos que atuam no nível central e nas regionais de saúde, e dos gestores municipais e suas equipes, incluindo todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde, sem exceção.

A organização dos macroprocessos é desenvolvida simultaneamente e de maneira integrada nas unidades da APS e no ambulatorio da AAE, em duas etapas:

- ciclos mensais de oficinas tutoriais para organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão, com duração de até 12 meses;
- supervisão dos municípios e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa e qualificação da atenção às condições crônicas, de forma presencial e a distância.

As oficinas tutoriais

O processo de tutoria desenvolve-se por meio de apoio direto aos profissionais e equipes no exercício de suas funções assistenciais e gerenciais, por intermédio de uma equipe de facilitadores e tutores do Conass e SES¹³.

A tutoria não é um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Ao contrário, é um “fazer junto”, sem substituir os profissionais nas funções e responsabilidades que lhes são próprias, mas ajudando-os na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O processo de tutoria compreende três momentos principais:

- momentos de fundamentação teórica, sempre breves e objetivos, inseridos na discussão dos processos e remetendo à educação permanente quando necessário;
- momentos de supervisão *in loco* da atividade, em um diálogo com o seu responsável direto, verificando a atitude do profissional, o seu conhecimento e aplicação das normas e recomendações, o desenvolvimento da atividade ante as normas e recomendações vigentes e o registro do processo no prontuário e nos sistemas de informação;
- momentos de avaliação dos problemas ou inconformidades identificadas, análise de seus fatores causais, priorização e elaboração de um plano de ação, seguindo-se os outros passos do ciclo PDSA (*Plan – Do – Study – Act*), que é uma ferramenta capaz de transformar ideais em ação e conectar a ação com a aprendizagem¹³.

O tutor apoia as equipes presencialmente, nos próprios locais de trabalho, mas a disponibilidade é complementada a distância, por meio de várias modalidades: e-mail, WhatsApp, *chats* de discussão e outras.

Todos os profissionais da equipe devem ser envolvidos na tutoria. O conhecimento geral e compartilhado permite “falar a mesma língua”, favorecendo a qualidade do processo e facilitando a comunicação com os usuários.

Os momentos de tutoria são focados na organização dos macroprocessos da APS e da AAE que estão a ocorrer nos serviços de saúde objeto da intervenção. Para tal, propõe-se a seguinte abordagem:

- revisão dos macroprocessos (básicos, de atenção ao evento agudo, de atenção às condições crônicas, preventivos, administrativos, de atenção domiciliar e autocuidado), na APS e AAE, com vistas ao aperfeiçoamento, em ciclos de melhoria;
- aprofundamento dos macroprocessos de atenção às condições crônicas, com foco na organização das linhas de cuidado relativas às RAS prioritárias, consolidação do atendimento interdisciplinar e elaboração do plano de cuidado e implantação das novas tecnologias voltadas para mudança de comportamento e autocuidado apoiado;
- consolidação das estratégias de integração entre as equipes de APS e AAE, objetivando a garantia da continuidade da atenção;
- consolidação do sistema de monitoramento e avaliação, tendo em vista a governança das RAS.

As unidades-laboratório

As unidades-laboratório são assim definidas pelo fato de ali se desenvolverem as primeiras atividades da tutoria. Ser laboratório remete a um espaço de construção com

a equipe local, customização das ferramentas utilizadas e proposição criativa no enfrentamento dos problemas¹³.

A organização dos macroprocessos, em uma unidade-laboratório, permite a existência de um local que seja referência para as demais unidades, no qual outros profissionais e gerentes possam compreender a factibilidade e aprender “como se faz”. Os critérios mais importantes para sua seleção são: equipe completa, preferencialmente com a eNASF-AB; relação adequada de população de responsabilidade; gerência com capacidade de liderança e interesse; gerência e equipe com disponibilidade para apoiar equipes de outras unidades.

A experiência desenvolvida nas unidades-laboratório será expandida para as demais unidades de APS dos municípios da região de saúde, completando o processo de organização, necessário para o estabelecimento pleno dos fluxos e contrafluxos para a AAE.

As oficinas tutoriais, do ponto de vista da gestão, evidenciam os ciclos de melhoria contínua, com a utilização de um cardápio de ferramentas de gestão ancoradas no PDSA, para a sustentabilidade de todos os processos assistenciais e gerenciais organizados na APS e na AAE.

O plano de ação, elaborado a partir da revisão dos processos e identificação de inconformidades, é executado no intervalo dos momentos presenciais das tutorias, com apoio dos tutores a distância, nas várias modalidades possíveis.

As tutorias são complementadas com cursos curtos de capacitação relativos a processos específicos.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

As Oficinas

Para aprimorar as estratégias de alinhamento conceitual da PAS, o Conass disponibiliza um guia de aprendizagem teórico das oficinas com os seguintes temas e objetivos¹³:

- Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde: analisar a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção; identificar as principais razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde; relacionar as transições contextuais com as mudanças na situação de saúde no país; diferenciar as formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde; compreender os fundamentos que dão base à construção das RAS; compreender a estrutura operacional das RAS; compreender o processo de modelagem das RAS.

- Oficina 2 – Atenção Primária à Saúde: analisar a APS do ponto de vista do acesso; identificar os elementos que a constituem; identificar os principais problemas relacionados com o plano micro da clínica; analisar as principais demandas da APS; compreender a proposta de construção social da APS; compreender os principais fundamentos para a organização do acesso na APS.
- Oficina 3 – Território e Vigilância em Saúde: identificar estratégias de integração das ações de APS e de Vigilância em Saúde no território; compreender o conceito de território e o processo de territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde; compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes de APS; discutir ferramentas de análise situacional para a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações; discutir as relações entre a Vigilância em Saúde e a APS, com foco no território.
- Oficina 4 – Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS: analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na APS; discutir a organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas; compreender o modelo de atenção aos eventos agudos; compreender o MACC proposto para o SUS; discutir os macroprocessos relacionados com a organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento e classificação de risco); discutir os macroprocessos relativos à organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação e agenda).
- Oficina 5 – A Assistência Farmacêutica na APS: desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica no âmbito da APS; compreender a importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das RAS; discutir o papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial, na execução das etapas do ciclo logístico; discutir a atuação integrada equipe-farmacêutico no cuidado multiprofissional na APS; discutir estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na APS.
- Oficina 6 – Monitoramento e Avaliação: utilizar o painel de bordo como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS; compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação; reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS; definir os indicadores e metas relacionados com as condições crônicas na APS; elaborar a matriz para o monitoramento das metas pactuadas na APS; elaborar o plano para operacionalização das metas pactuadas da APS.

- **Oficina 7 – Segurança do Paciente:** apresentar a taxonomia – Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde – OMS; marco histórico; a transversalidade da segurança do paciente nos macros e microprocessos da construção social na APS; metas de segurança do paciente; núcleos de segurança do paciente; estimular o sensório dos participantes para um tema de relevância técnica por meio de uma abordagem educacional mais lúdica e colaborativa (jogos e vídeos); guia de estudo como finalidade de materializar o conhecimento teórico e orientar o leitor quanto à condução da oficina.

Após as oficinas, os temas abordados são discutidos e aplicados com as equipes por meio de tutorias, focadas na organização dos macroprocessos da APS, conforme já mencionado.

CENTRO COLABORADOR E RESULTADOS

No sentido de desenvolver e testar inovações, o Conass possui um centro colaborador, que, por seu notável desempenho, serve de espaço de visitas, de educação continuada, desenvolvimento de inovações e de avaliação e pesquisa que estejam em acordo com sua missão e com seu plano estratégico.

O Centro Colaborador do Conass funciona em parceria com a SMS de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, em definição previamente articulada com a Secretaria de Saúde daquele estado.

Para ilustrar alguns resultados da PAS, são apresentados aqui os do Centro Colaborador de Uberlândia (MG), que utiliza a metodologia da PAS e possibilita o aperfeiçoamento da organização dos processos de trabalho, com o uso dos instrumentos já descritos e o aprofundamento da intervenção, por meio da utilização inovadora de novas tecnologias em saúde. As inovações são testadas no município antes de serem implantadas em outros locais.

O Setor Sul do município de Uberlândia (MG), com uma população de 157.539 habitantes, tem sido um bom laboratório para a implantação da PAS. As 26 EqSF existentes já implantaram os macroprocessos da construção social da APS. Os resultados apresentados referem-se à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Luzia, unidade-laboratório do setor, que, como as demais, possui todas as famílias cadastradas e classificadas por fatores de risco, da seguinte forma: sem riscos; baixos riscos; médios riscos e altos riscos. São 4.027 pessoas no total.

Observa-se que, dessas, 54,3% (1.294 famílias) são consideradas sem risco; 27,1%, de baixo risco; 18,4%, de médio risco; e 0,002% (3 pessoas), de alto risco. Os critérios de risco expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminar positivamente aquelas de maiores riscos.

Figura 3. Estratificação de risco das famílias acompanhadas no Centro Colaborador de Uberlândia



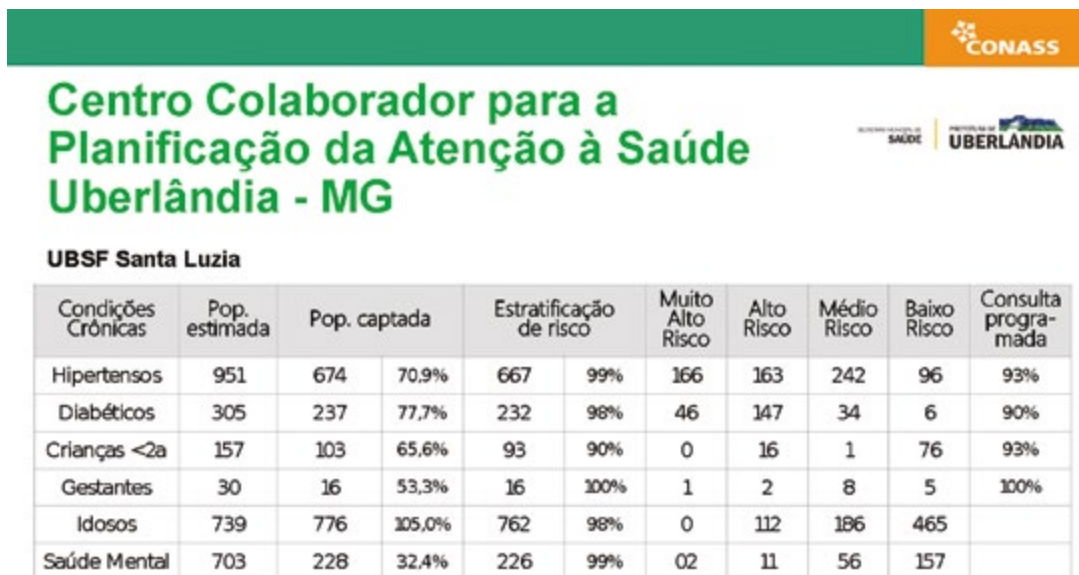
Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

A estratificação dos riscos da população é fundamental porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidas por tecnologias e recursos específicos segundo esse método. A lógica se apoia em um manejo diferenciado pelas EAP, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

Observa-se que, com relação à estratificação de risco das condições crônicas, a UBSF Santa Luzia estratificou 99% dos hipertensos; 98% dos diabéticos; 90% das crianças menores de 2 anos; 100% das gestantes; 98% dos idosos; e 99% das pessoas com transtornos mentais.

A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro dos portadores de necessidades similares, a fim de colocá-los juntos, com o objetivo de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas, e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada um deles. Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se incorrer na oferta insuficiente de cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou a ofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos, produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente, o que pode, inclusive, gerar iatrogenia.

Figura 4. Estratificação de risco das subpopulações no Centro Colaborador de Uberlândia



Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

Como demonstra a figura acima, todas as pessoas com condições crônicas referidas possuem suas consultas programadas, já agendadas e garantidas. A programação é realizada por estratos de riscos, segundo a planilha de programação de cada equipe de saúde. Além disso, as consultas são programadas de acordo com a parametrização descrita nas linhas guia.

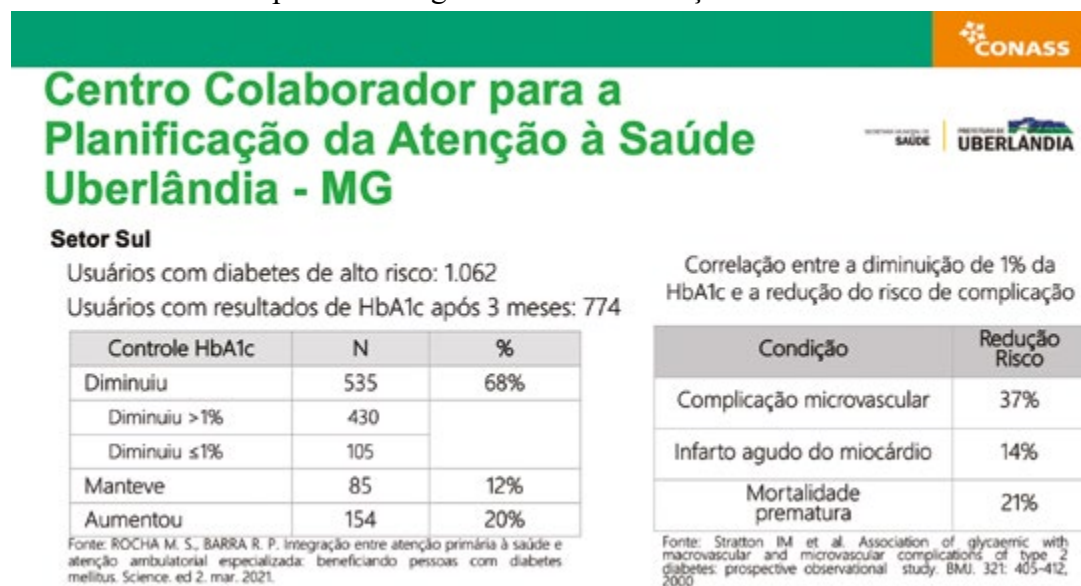
As abordagens clínicas diferenciam-se por estratos, e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam segundo esses mesmos estratos. Assim, as consultas médicas e de enfermagem são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos, e mais frequentes naqueles de alto e muito alto riscos. Dessa forma, as equipes, após a programação e de acordo com a parametrização, já garantem na agenda as consultas para as pessoas com condições crônicas, de acordo com o estrato de risco no qual se encontram.

As condições crônicas dominam a carga de doenças em nosso país, sendo o autocuidado apoiado absolutamente essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente do processo, em estreita colaboração com as equipes da APS.

O autocuidado apoiado é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade das pessoas

usuárias em gerenciar seus problemas. Inclui o monitoramento regular de suas condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução destes problemas⁷. Tem por objetivo preparar e empoderar cada cidadão para autogerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada. No Setor Sul já referido, 1.062 pessoas com diabetes, estratificadas como alto risco, passaram pelo Programa de Auto-cuidado, sendo que 774 delas foram avaliadas após 3 meses, constatando-se uma redução de 68% nos valores da hemoglobina glicada. Com essa tecnologia, 480 pessoas reduziram a hemoglobina glicada em mais de 1 ponto, significando a redução de 37% de complicações microvasculares; 21% de mortes por diabetes e 14% de infartos agudos do miocárdio, conforme figura abaixo.

Figura 5. Controle da hemoglobina glicada no Centro Colaborador de Uberlândia no período de agosto de 2018 a março de 2020



Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

DISCUSSÃO

Nesses 40 anos de Alma-Ata a Astana, o Brasil avançou muito na APS, procurando cada vez mais fazer com que ela deixasse de ser seletiva para se tornar a estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro, o SUS – e assim, de fato, ordenar a RAS e coordenar o cuidado do cidadão.

O Conass contribui para a defesa e a busca de uma APS robusta, de qualidade, resolutiva, para todos e organizadora do nosso sistema público de acesso universal e sem qualquer pagamento por parte do cidadão. Além disso, propôs e demonstrou, por meio da PAS, a necessidade e os benefícios da articulação de uma APS forte e bem estruturada com os demais níveis de atenção à saúde, com consequente melhoria no desempenho dos serviços, na qualidade de sua prestação, com melhores custos e oportunidades e, finalmente, com a maior satisfação de seus usuários.

Afinal, de acordo com a Constituição Federal Brasileira, no seu art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”³.

A evolução da APS no Brasil reforça as recomendações de Alma-Ata e contraria as conclusões de Astana. A Declaração de Astana parece reforçar a APS seletiva, quando aborda quatro ações-chave: escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; APS sustentável; capacitação de indivíduos e comunidade; e alinhamento das partes interessadas às políticas, estratégias e planos.

A perseguição da meta de um sistema de saúde universal centrado na APS é, e deve continuar a ser, um dos objetivos maiores de nossas instituições e de toda a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 set 20 [citado 2021 nov 3];128(182 seção 1):18056-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
2. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 jun 29 [citado 2021 nov 3];148(123 seção 1):1-3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
3. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988 [citado 2021 nov 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 dez 31 [citado 2021 nov 3];128(249 seção 1):25694-25695. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
5. Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 ago 25 [citado 2021 dez 2];148(164 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm
6. Portela, GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis. 2017;27(2017):255-76.
7. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças. Brasília, DF: Conass; 2021. (Conass Documenta; v. 38).
8. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conass; 2019.
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Conass, 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2021 [citado 2021 nov 3]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>
13. Guimarães AMD'ÂN, Cavalcante CCB, Evangelista MJO, Lins MZS. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Conass; 2018. (Conass Documenta; v. 31).

14. Hospitais PROADI-SUS. O que é o PROADI-SUS [Internet]. 2021 [Citado 2021 dez. 3] Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>
15. PalificaSUS. COVID-19 – Matriz de Gerenciamento para Contingência na UBS [Internet]. 2020 [citado 2021 dez 3]. Disponível em: <https://kidopilabs.com.br/planificasus/covid19.php>
16. Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil – 2018 a 2019: uma revisão de escopo. Brasília, DF: Conass; 2020. (Conass Documenta; v. 36).
17. Draganov, PB, Friedländer, MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [citado 2021 nov 23];15(1):49-456. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100021>

UM OLHAR SOBRE A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE EM CABO VERDE, DE ALMA-ATA, 1978, A ASTANA, 2018

António Pedro Delgado¹

1. Médico, MHP, Ph.D. Global Health Tropical Medicine/ Instituto de Higiene e Medicina Tropical/ NOVA, Lisboa Portugal / Faculdade de Ciências e Tecnologia da Uni-CV. © Largo Coculi, 11 Terra Branca, CP 309, Praia Cabo Verde; apc_delgado@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9292-0378>.

Resumo

Para analisar a trajetória dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) em Cabo Verde, foi feita uma revisão literária sobre os temas Alma-Ata, Astana e Cabo Verde para verificar a estratégia integral de saúde contida no CPS no país, cuja vida independente coincide com o tempo entre as Declarações de Alma-Ata e Astana. As condições iniciais eram bastante difíceis em recursos de toda a natureza, com necessidades básicas de saúde que estavam a ser suplantadas com a aplicação de preceitos CPS. Além disso, estes foram incorporados nos documentos fundamentais do país, com ênfase na Constituição da República e aplicados na prática. As intervenções foram positivas e eficazes, especialmente a educação para a saúde, os cuidados primários curativos para infecções respiratórias agudas e a reidratação oral. A organização dos serviços e a sua presença nas ilhas mais isoladas foram importantes. O projeto para Proteção Materno-Infantil e Planejamento Familiar revelou-se um elemento-chave na aplicação da política geral do CPS. A evolução das taxas de: mortalidade infantil, de crianças menores de 5 anos, de mortalidade materna e de cobertura da vacinação indicaram uma melhoria geral das condições de vida e de saúde das pessoas devido às intervenções de políticas públicas, também em aspectos sociais, ambientais e de rendimento. O sistema de saúde é confrontado pela exigência de cobertura universal para modernizar, oferecendo melhores cuidados hospitalares, mas continuando a atualizar e a alargar o CPS.

Palavras-chave: Cabo Verde. Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Declaração de Astana.

Abstract

To analyse the trajectory of Primary Health Care (PHC) in Cabo Verde, a literary review was made on the themes Alma-Ata, Astana and Cape Verde to verify the comprehensive health strategy contained in the PHC in the country, whose independent life coincides with the time between the Declarations of Alma-Ata and Astana. The initial conditions were quite difficult in resources of all nature, with basic health needs that were being supplanted with the application of PHC precepts. In addition, these were incorporated into the country's fundamental documents, with emphasis on the Constitution of the Republic and applied in practice. The interventions were positive and effective, especially health education, curative primary care for acute respiratory care, and oral rehydration. The organization of the services and their presence on the most isolated islands were important. The project for Maternal and Child Protection and Family Planning proved to be a key element in the implementation of the general policy of the PHC. The evolution of the rates of infant and children under 5 years mortality, maternal mortality and vaccination

coverage indicated a general improvement in the living conditions and health of people due to interventions of public policies, also in social, environmental and income aspects. The health system is confronted by the requirement of universal coverage to modernize, offering better hospital care, but continuing to update and extend the PHC.

Keywords: Cape Verde. Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. Declaration of Astana.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma revisão da literatura que olha sobre a trajetória dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) em Cabo Verde e seus efeitos sobre o desenvolvimento da saúde e geral entre duas Cimeiras Mundiais, que ocorreram mediados de 40 anos, em Alma-Ata e agora em Astana, procurando compromissos para fazer dos CPS uma política integral de saúde e o motor para satisfazer as necessidades e aspirações na área de saúde de todos, particularmente dos mais atrasados no desenvolvimento dos seus sistemas de saúde.

Para os países africanos e asiáticos da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), é como ter a infância e a adolescência independentes sob os auspícios desse esforço internacional de melhoria das condições de saúde das populações envolvidas. Assim, o olhar sobre o contexto torna-se necessário para se precisar o ponto de partida.

Impõe-se uma leitura das Declarações e a análise de como as suas orientações foram incorporadas nas políticas, estratégias e programas oficiais e qual o impacto estas tiveram traduzido por resultados de saúde que são apresentados. Por fim, analisamos alguns pontos críticos que precisam de resolução, nomeadamente, a articulação desejável entre os CPS e os cuidados hospitalares, para melhorar a resposta global às necessidades de saúde dos cabo-verdianos e à sua satisfação.

CONTEXTO DE UM PAÍS NASCIDO EM 1975

Cabo Verde surgiu na cena internacional como nação independente a partir de 5 de julho de 1975, data em que rompeu oficialmente os vínculos com a metrópole colonial portuguesa, constituindo o “primeiro marco”, mais saliente da República. Apesar da estreia como país independente ter sido extremamente deficitária no que diz respeito a recursos humanos, materiais e financeiros, que augurou, para alguns, uma situação de inviabilidade, ou quase, a nação cabo-verdiana envolveu-se totalmente na tarefa de construir uma sociedade capaz de quebrar o círculo de miséria em que vivia e romper com a herança

colonial. A edificação do Estado de Cabo Verde nessas condições apresenta peculiaridades que, em alguns casos, toca a raia da aventura e, em outros, ressalta o esforço titânico consentido. Em um passado recente, a colônia de Cabo Verde vivenciara uma situação degradante, expressa dramaticamente na morte, nos anos de 1940, de mais de 40 mil pessoas por inanição e no êxodo forçado subsequente, em consequência das secas cíclicas e do desinteresse das autoridades portuguesas em promover medidas de proteção e fixação dos cabo-verdianos à sua terra. Convém sublinhar que Cabo Verde está entre os poucos mais de 55 países classificados como Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (PPID/SIDS) pelas Nações Unidas pela pequenez geodemográfica e pela insularidade que conformam um quadro de grande vulnerabilidade. Percebe-se que os SIDS começam a ser designados “Grandes países oceânicos” pela extensão do mar territorial, o que pode orientar as atenções e o interesse para essa vasta parte do país.

A agravar o quadro, as condições climáticas que propiciam a desertificação progressiva do solo de Cabo Verde, a configuração do território em dez ilhas e a falta de recursos naturais limitaram, de início, os esforços de viabilidade econômica e de sustentação de uma política social, conquanto, o conhecimento dessas condições tenha oferecido a oportunidade para reforçar a sua capacidade de resiliência e procurar resoluções dos problemas. Uma mobilização bem-sucedida e a gestão eficaz da ajuda internacional permitiram ultrapassar, em parte, a dramática situação inicial, mas sem poder corrigir a fragilidade econômica do país. A gestão financeira criteriosa ao longo da década de 1980, segundo a avaliação do Banco Mundial, resultou em um crescimento apreciável da economia sem, contudo, criar bases sólidas para um desenvolvimento autossustentado. Esse processo foi orientado pelos Planos Nacionais de Desenvolvimento I - 1981-85 e II - 1986-90 com caráter centralizado, imperativo e normalizador, mas com flexibilidade na sua execução.

Entretanto, ao final do período, em 1990, as mudanças nos esquemas de ajuda externa, com a sua diminuição em termos reais e aumento do percentual de empréstimos em relação às doações, produziram uma estagnação no crescimento econômico, com repercussões negativas na manutenção das conquistas sociais. O quadro político foi dominado, nos primeiros 16 anos de vida independente do povo cabo-verdiano, pela prevalência de um regime monopartidário de inspiração socialista, instalado na Guiné-Bissau e em Cabo Verde após a proclamação das independências desses países e liderado pelo Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC). Contudo, dá-se uma rotura nesse partido, em novembro de 1980, e a separação das alas, que inviabiliza o projeto comum com a Guiné-Bissau, dando lugar à formação do Partido Africano da Independência de Cabo Verde (PAICV), que passou a liderar o processo em Cabo Verde¹.

O período colonial havia sido marcado por uma organização essencialmente assistencial, baseada na prestação de cuidados hospitalares nas cidades. As populações rurais eram, basicamente, atendidas por enfermeiros colocados em postos sanitários. Além disso, as atividades de saúde pública eram executadas por meio de campanhas dirigidas a problemas específicos.

Nos anos 1975-1990, os cuidados de saúde foram dominados pelo discurso dos cuidados primários, pela estatização dos serviços de saúde e pela procura da universalização da cobertura. O incremento apreciável nas atividades de saúde pública e as melhorias na oferta de serviços curativos contribuíram para o aumento relativo do bem-estar da população cabo-verdiana.

Em 1991, a mudança política de um regime monopartidário para outro multipartidário constitui o segundo marco político importante; iniciou-se marcada pelo discurso liberal que, no setor da saúde, foi ao encontro da aspiração dos profissionais no sentido do exercício privado da medicina. As orientações dos CPS permaneceram no discurso do novo regime e a orientar a prática dos serviços de saúde. Assinalamos que a pesada herança burocrática do regime colonial, o esforço organizacional exigido de cada setor do Estado que começava a se formar e a estrutura centralizada proveniente da inspiração socialista favoreceram o aparecimento de uma forte setorialização que dificultou intervenções conjuntas, nomeadamente no campo da saúde.

Compreende-se que, nesse contexto repleto de dificuldades e insuficiências, a repercussão sobre a situação sanitária da população cabo-verdiana tenha sido caracterizada por evidências inquietantes:

- Uma taxa de natalidade elevada, de 27,4/1000;
- A mortalidade infantil de 103,9/1000 nascidos vivos, a mortalidade geral de 9,3/1000 habitantes (sendo repartida em 28,5% do total dos óbitos em menores de 1 ano, 16,9% na população de 1 a 4 anos, 37,6% em pessoas com 50 ou mais anos) e a mortalidade perinatal de 10,8% dos óbitos com diagnóstico registado;
- A prevalência, entre as causas de morte registadas, dos “sintomas e estados mórbidos mal definidos”, atribuídos a 37,4% do total de óbitos, patenteava, provavelmente a ausência de assistência médica para o diagnóstico, entre outras deficiências. Logo depois, apareciam as doenças infecciosas e parasitárias, com 32,9%, seguidas pelas do aparelho circulatório (17,1%) e do aparelho respiratório (16,6%);
- No recorte da morbilidade, sobressaíram doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, sífilis, gonorreia, difteria, coqueluche, sarampo, rubéola etc.) e surtos epidêmicos de cólera (1974; 1975; 1976). O paludismo tinha sido praticamente

erradicado com os trabalhos da Missão para Erradicação do Paludismo desenvolvida pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), a seguir à grande prevalência da malária nas décadas de 1940 e 1950, embora continuassem a registar casos esporádico.

Esse estado de saúde descrito na Estratégia Nacional de Saúde (ENS) configurou um desafio enorme, à partida, acrescido ainda pela escassez de profissionais de saúde, insuficiência gritante de infraestruturas de Saúde, seja do seu número e distribuição pelo país - 2 Hospitais Centrais (HC) na Praia e Mindelo, 1 Hospital Regional (HR) no Fogo, 8 Centros de Saúde (CS) e 29 Postos Sanitários (PS) nas outras ilhas/concelhos -, seja da sua capacidade instalada para cobrir em cuidados de saúde uma população de cerca de 300 mil habitantes, maioritariamente rural (80%), com amplos setores com precário estado de nutrição, penúria de água, analfabetismo elevado e problemas sérios de saneamento, urbanismo e habitação (75% da população não dispunha de sistema de evacuação de excretas), segundo os dados levantados pelo estudo que antecedeu a elaboração da ENS, em 1976, o primeiro documento de política de saúde produzido em Cabo Verde independente. Realça-se o caráter multissetorial da equipe encarregada da elaboração dessa Estratégia, tendo contribuído os Ministérios da Saúde e Assuntos Sociais, Educação e Cultura, Obras Públicas, Coordenação Económica e Desenvolvimento Rural, com a colaboração técnica de uma equipe da Organização Mundial da Saúde (OMS), na linha das discussões e orientações dos CPS.

Além disso, a promoção da justiça social, embebida nos princípios dos sistemas nacionais de saúde – que almejavam cobrir a totalidade da população de cada país, com financiamento do tesouro público, em que a prestação dos cuidados de saúde era gratuita e os serviços estavam a cargo de médicos e outros profissionais assalariados que trabalhavam nos hospitais e dispensários oficiais –, constituiu o objetivo geral da política de desenvolvimento desde 1975 também na esteira dos CPS, para criar condições para elevar o bem-estar do povo cabo-verdiano, dando ênfase a: a) proteção e recuperação da saúde, com prioridade à infância e à gestante; b) ampliação da proteção social e unificação dos esquemas de previdência; e c) definição de uma política social para a terceira idade. Esses e outros problemas foram erigidos em prioridades do Estado de Cabo Verde e desenvolvidos programas e estratégias, como: de luta contra as doenças diarreicas, da Proteção Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PMI/PF), de controle da Lepra e de controle da tuberculose e, mais tarde com o aparecimento dos primeiros casos, do HIV/aids.

DE ALMA-ATA, 1978, A ASTANA, 2018: A ESTRATÉGIA DOS CPS

Com a Declaração de AlmaAta^{iv} em 1978, os governos membros da OMS enfatizaram os CPS como um caminho para alcançar os objetivos da saúde, como parte de um desenvolvimento geral com espírito de justiça social. Com esse enfoque, a meta Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT/2000) transcendeu a dimensão restritiva da saúde como simples ausência de doença já consignada na declaração da ONU de 1948, para considerá-la uma expressão das condições objetivas de existência de diferentes grupos sociais, em um espaço e em um momento dados, fato que refletia as suas condições de vida. O estabelecimento das estratégias e objetivos de SPT/2000 para cada uma das regiões do globo e a reestruturação dos sistemas de saúde de cada país foram o passo subsequente para alcançar as metas propostas. Essas estratégias constituíram um discurso normativo que, com suas limitações e insuficiências decorrentes da utopia que as fundamentava – necessária a qualquer processo de mudança – tiveram uma função indispensável de destacar os valores éticos imanentes de um setor que tem responsabilidade fundamental pela vida humana. Falar de saúde para todos, ou seja, de bem-estar para todos, significou reconhecer um direito social inscrito no estatuto de cidadania de uma sociedade moderna que nos remete ao conceito de equidade. A coerência com essa concepção de saúde exige importantes transformações sociais e econômicas. Implica, também, um questionamento permanente dos determinantes gerais e condicionantes particulares da saúde e a inserção da política de saúde em outros espaços sociais.

Os CPS constituíram a estratégia principal para alcançar a meta de SPT/2000 e obedeceram a cinco princípios seguintes: a) cobertura universal da população por cuidados que respondam às suas necessidades; b) serviços orientados para promoção, prevenção, tratamento e readaptação; c) serviços eficazes, aceitáveis no plano cultural, abordáveis no plano financeiro e de fácil gestão; d) participação da comunidade no desenvolvimento dos serviços a fim de encorajar a autorresponsabilidade e diminuir a dependência; e) Intersetorialidade nas abordagens de saúde, tendo em conta outros setores do desenvolvimento.

A aplicação prática desse discurso normativo universal fez-se na dependência das condições concretas de cada país e das metas propostas localmente para a reestruturação programada do seu sistema de saúde. Dependeu, ainda, do significado assumido dos CPS, sabendo que estes têm sido objeto de diferentes interpretações, dentre as quais citamos apenas três, apontadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas):

- a) Os CPS são considerados como um nível de complexidade tecnológica do sistema de saúde, interpretação que, ainda que correta na sua dimensão estrita, limita o significado de CPS a uma instância técnicooperacional.

- b) Os CPS tidos somente como um programa específico, com recursos marginais, focalizado em regiões e grupos sociais postergados. Essa segunda interpretação é o reconhecimento explícito de uma política de saúde discriminatória, e contradiz o critério de equidade contido nas metas de SPT/2000.
- c) Os CPS apreciados como uma estratégia ou uma política integral de saúde que compreende e diz respeito a toda a população e a todos os níveis do sistema de saúde. essa interpretação implica o enfrentamento do problema da dívida sanitária com recursos de toda a sociedade para satisfazer as necessidades e aspirações na área de saúde

A revisão dos CPS, da sua aplicação e dos resultados foi feita, periodicamente, em várias ocasiões. Em 2018, foi produzida a Declaração de Astana sobre Cuidados Primários de Saúde, na Conferência Mundial sobre Cuidados de Saúde Primários: “De Alma-Ata para a cobertura universal da saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Agenda 2030”, convocada não só para celebrar o 40º aniversário da primeira reunião em Alma-Ata, mas também para adequar os seus objetivos e metas. Participaram nesse importante encontro os Chefes de Estado e de Governo, ministros e representantes de Estados e Governos de todos os países, na cidade de Astana-Cazaquistão, nos dias 25 e 26 de outubro de 2018; e o compromisso obtido foi de reforçar os respetivos sistemas de CPS como um passo essencial para alcançar uma Cobertura Universal de Saúde (CUS).

Essencialmente, a Declaração de Astana:“

- Surge no meio de um crescente movimento global para um maior investimento nos CPS para alcançar uma CUS, reconhecendo uma lacuna, destacada por várias emergências de saúde nos últimos anos, de que os recursos de saúde se têm centrado esmagadoramente nas intervenções sobre doenças singulares em vez de investir em sistemas de saúde fortes e abrangentes.
- Reafirma a histórica Declaração de Alma-Ata de 1978, e o compromisso com todos os seus valores e princípios, em particular com a justiça e a solidariedade, sublinhando a importância da saúde para a paz, a segurança e o desenvolvimento socioeconômico, e a sua interdependência, asseverando firmemente o compromisso dos países signatários com o direito fundamental de cada ser humano ao gozo do mais elevado padrão de saúde alcançável sem distinção de qualquer tipo.
- Considera o fortalecimento dos cuidados primários como a abordagem ainda mais inclusiva, eficaz e eficiente para melhorar a saúde física e mental das pessoas, bem como o bem-estar social, exortando para que cada país prossiga os caminhos para alcançar a CUS e que todas as pessoas tenham acesso equitativo à qualida-

de e cuidados de saúde eficazes de que necessitam, sem serem expostas a dificuldades financeiras. Os CPS serão implementados de acordo com a legislação, contextos e prioridades nacionais.

- Realça que o sucesso dos CPS deverá ser impulsionado por vários fatores, privilegiando o conhecimento, a capacitação, as tecnologias, o financiamento e os sistemas de reembolso mais adequados, a fim de melhorar o acesso, garantindo sustentabilidade financeira, eficiência e resiliência dos sistemas nacionais de saúde.

A Declaração de Astana foi aprovada por unanimidade por todos os Estados-Membros da OMS, comprometendo-se, assim em quatro domínios fundamentais:

1. Fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores;
2. Construir CPS sustentáveis;
3. Capacitar indivíduos e comunidades;
4. Alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais.

Nos 40 anos que mediaram entre essas duas importantes declarações para a melhoria da saúde mundial – a Declaração de Alma-Ata, em 1978, e a de Astana, em 2018, tendo de permeio os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM) com metas fixadas para 2015 –, muito esforço foi despendido para estimular a recuperação da situação de saúde de todos os países, particularmente de regiões e países mais atrasados. Cabo Verde participou desse esforço e registou evoluções significativas, estando entre os países que conseguiram alcançar as metas dos ODM relativos à saúde:

GRAU DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE MEDIANTE PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS OFICIAIS ADOTADAS EM CABO VERDE

Diversas medidas de política foram tomadas para dar solução aos problemas fundamentais, declarados prioritários para o Estado de Cabo Verde. O enquadramento político foi plasmado em documentos fundamentais do país, traduzindo a importância dada às questões referentes à saúde.

Realça-se a Constituição da República de Cabo Verde, desde a sua versão de 1980, que no art.º 14º proclamava:

A Saúde Pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção no meio sócio ecológico em que vive. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos.

No art.º 38º, apontando para um processo gradativo de universalização do direito à saúde: “[...] todo cidadão tem o direito à proteção da saúde e o dever de a promover e a defender”.

Destacamos, também, a Resolução sobre a Saúde e Assuntos Sociais, produzida pelo II Congresso do PAICV – partido-estado – em 1985, reafirmando e explicitando os princípios que nortearam a construção dos serviços de saúde de Cabo Verde, preconizando que deve competir ao Estado:

- Garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo cabo-verdiano e criar as condições para a sua materialização, recomendando a adoção de estratégias para a melhoria da acessibilidade às populações, por meio da descentralização dos recursos disponíveis; criação de novas unidades prestadoras de cuidados; recurso a equipes móveis, intensificação dos contatos de profissionais de saúde com as populações salvo e oferta de serviços gratuitos;
- Mobilizar esforços e recursos existentes para a prestação dos cuidados de saúde, visando a uma efetiva política de prevenção, com especial ênfase em determinados grupos considerados prioritários, como as crianças e as mulheres no processo de gestação, por meio de: a) saúde materno-infantil e planejamento familiar; b) vacinação; c) educação para a saúde, incluindo a educação sexual; d) saúde mental; e) luta contra as principais endemias; f) abastecimento em medicamentos essenciais; e g) especial atenção a aspectos ligados ao abastecimento de água potável, ao saneamento básico e à nutrição e a ações de saúde dirigidas a grupos prioritários;
- Prosseguir e intensificar a luta contra as doenças endêmicas e epidêmicas com o objetivo de conseguir a erradicação de alguns flagelos que afetam as nossas populações até o ano 2000, bem como de reduzir a morbidade e a mortalidade, especialmente a infantil. Foram identificados outros problemas de saúde, como a lepra, a tuberculose, a malária, as doenças diarreicas, e desenvolvidos programas visando reduzir a mortalidade e a morbidade e por essas doenças; esses programas tiveram uma organização vertical, em grande parte devida aos financiamentos externos conseguidos;
- Considerar como condição essencial para o êxito dos objetivos propostos a intervenção das populações na resolução dos seus problemas socio sanitários, devendo as organizações de massa e de participação popular, no quadro da política definida pelas entidades estatais competentes e em coordenação com estas, fomentar a participação ativa e organizada das coletividades. As organizações de massa foram envolvidas na divulgação das medidas de prevenção e de promoção

da saúde, com destaque para a participação da Organização da Mulher Cabo-Verdiana (OMCV) na formulação e desenvolvimento do projeto PMI/PF. A participação popular veio a se mostrar, cedo, com muita limitação.

- Utilizar as estruturas hospitalares mais diferenciadas de forma racional, tanto pela exigência de pessoal devidamente qualificado como pelo apetrechamento apropriado, como uma das preocupações do Estado, de modo a permitir uma intervenção adequada nos casos que ultrapassam o âmbito dos cuidados primários”, o que põe em relevo a preocupação em promover a prestação integrada dos cuidados de saúde e um desenvolvimento equilibrado entre os aspectos curativos e preventivos, para se evitar extremos.
- Valorizar os recursos humanos e o seu correto enquadramento, dada a importância dos profissionais na materialização dos princípios da política de saúde, com um particular envolvimento da administração central na formação de recursos humanos e na criação de condições de trabalho adaptadas às condições concretas de Cabo Verde.

A Constituição da República em vigor, aprovada pela lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro, com as suas sucessivas revisões ordinárias, mantém a importância atribuída às questões referentes à saúde, dando nova redação na qual conclama que:

1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica. 2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações. 3. Para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Também, a Lei de Bases de Saúde de 1989, revista pela Lei nº 41/ VI/2004 e alterada, de novo, pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, que define as ações e serviços de saúde a serem executados tendo em vista a promoção e proteção da saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença.

A elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário, pela ausência de legislação na definição das instituições, e propôs uma reforma da rede de serviços que mostrasse o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspectivas de um novo reordenamento para orientar a edificação de novas instituições de saúde necessárias.

Um estudo observacional realizado em 1998, de cada tipo de instituição de saúde, analisou os parâmetros existente de estrutura física, equipamentos, serviços prestados, profissionais alocados, estatísticas do funcionamento, e outros critérios de desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para propor a tipologia das instituições.

Mostrou, entre outros fatos, que a divisão administrativa em Delegacias de Saúde (DS) nos municípios de Cabo Verde não reunia todos os requisitos para serem considerados distritos sanitários funcionais, no sentido apontado pela OMS.

Tornou-se evidente que a organização do distrito sanitário dependente da situação específica de cada país exortava ao desenvolvimento de uma proposta fundamentada de criação de distritos ou regiões sanitárias em Cabo Verde, abarcando áreas de saúde próximas ou confinadas em uma ilha com os CS municipais, e um HR estabelecendo um fluxo entre os níveis primário e secundário de prestação de cuidados. A DS manteve a sua autonomia, enquanto Administração Concelhia de Saúde.

A Carta Sanitária foi buscar alguns dos princípios gerais proclamados desde Alma-Ata, obrigatórios na implantação e funcionamento do sistema de saúde descentralizado:

- Equidade;
- Acessibilidade;
- Ênfase na promoção e prevenção;
- Descentralização;
- Ação intersectorial;
- Envolvimento comunitário;
- Integração dos programas;
- Coordenação entre os diversos níveis de atenção de saúde.

A Política Nacional de Saúde 2020 (PNS) representava o quadro de referência para os diversos atores envolvidos na implementação das estratégias e ações da política de saúde do país e o reforço dos mecanismos de informação, acompanhamento, análise e avaliação do estado sanitário do país, e foi materializada por Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário, quinquenais.

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

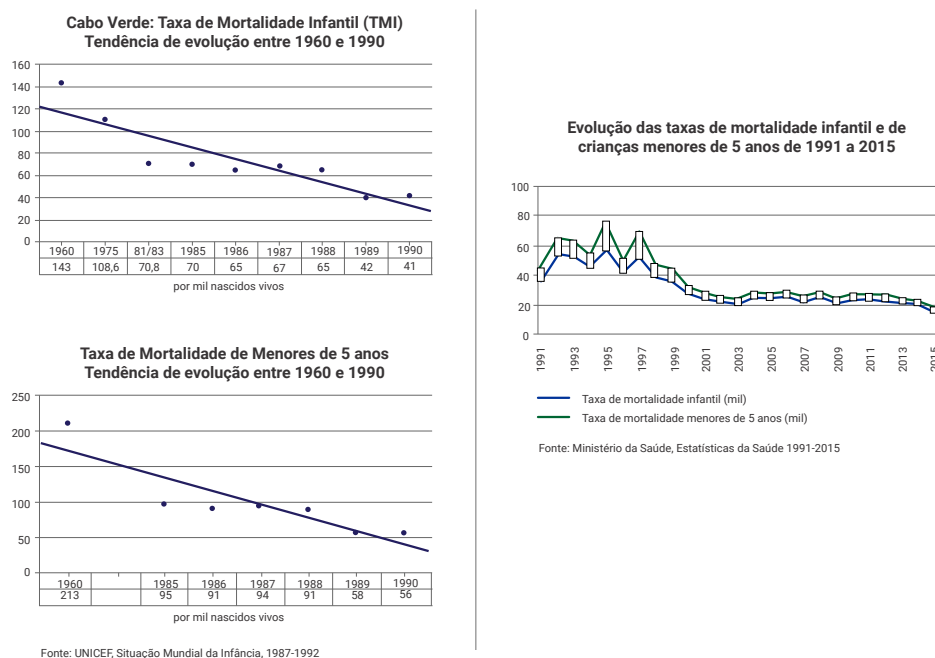
Medindo os resultados obtidos pela alteração no perfil da situação sanitária nos primeiros 40 anos de vida independente, Cabo Verde revela o registo de progressos importantes na saúde das pessoas, os quais são traduzidos pela evolução dos indicadores de saúde que fizeram o país galgar um patamar mais elevado no contexto internacional e que serviram de base à sua graduação pelas Nações Unidas (NU), em 2007, à categoria de país de desenvolvimento médio.

As estratégias implementadas assentes nos CPS manifestaram-se corretas, com reflexos na evolução da situação de saúde das pessoas, pela articulação na materialização de programas dirigidos a problemas concretos dominantes com a criação do SNS.

A organização dos serviços de saúde e sua presença efetiva nas ilhas periféricas mais isoladas foram e continuaram importantes e eficazes. Como elementos-chave da política geral dos CPS, a educação para a saúde, a atenção primária curativa na periferia (sobretudo para as infeções respiratórias agudas e a terapia de reidratação oral) e a PMI/PF tiveram um papel de relevo.

As taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil indiciam uma melhoria geral das condições de vida das pessoas e são excelentes indicadores do desenvolvimento humano conseguidos pela melhoria das condições de vida da população em resultado de intervenções de políticas públicas nos aspetos sociais, ambientais e de rendimentos.

Gráfico 1. Mortalidade infantil e de Menores de 5A, 1980 – 1990 – 2015



Observa-se uma firme e progressiva redução das taxas de mortalidade – infantil, de crianças de 1-4 anos e de menores de 5 anos (Gráfico 1), já na década de 1980-1990, que é o reflexo da diminuição da letalidade de várias entidades nosológicas. Entre elas, sobressaem as doenças diarreicas, a principal causa de óbitos, a desnutrição, outra causa importante que teve a sua letalidade diminuída devido às intervenções intersectoriais, as doenças preveníveis pela imunização que tiveram a sua incidência reduzida praticamente a zero com o Programa Alargado de Vacinações (PAV).

As doenças respiratórias agudas passaram a provocar menos mortes pela maior disponibilidade de recursos e pelo acesso mais célere às diversas instituições de saúde. No período seguinte, de 1991 a 2015, essa tendência de baixa das mortalidades infantil e infantojuvenil manteve-se, sobretudo na primeira metade do período, no prolongamento das intervenções havidas. Acreditamos que a abordagem da PMI, uma das intervenções basilares de saúde adotadas no país, contribuiu para a descida do índice de fecundidade e, sobretudo, mostrou-se capaz para fazer baixar a mortalidade das crianças entre 1 mês e 5 anos, mas pouco terá contribuído para o controle das mortes no período peri e neonatal. Aliás, essas foram as causas prevaletentes na segunda metade desse período.

De 2000 a 2015, houve uma desaceleração da redução das taxas de mortalidade infantil, as quais ficaram a depender, sobretudo, das causas neonatais e perinatais, mais complexas, que ganharam um peso proporcional, aparentemente por não ter sido possível estreitar a articulação entre os cuidados primários e os hospitalares. Em 2014, essas causas foram responsáveis por mais de 50% das mortes em crianças com menos de 1 ano, segundo relatos do MS. Essas duas causas estão dependentes da ação clínica, muitas vezes hospitalar, no sentido de “hospitais” na definição da OMS, quer dizer, com capacidade para cirurgia de emergência, recursos de imagiologia e banco de sangue, portanto, dotados de intervenções mais complexas para a redução da mortalidade infantil. Ora, até os primeiros anos 2000, os chamados HR em Cabo Verde, além dos do Mindelo e da Praia, não correspondiam a essa definição nem puderam garantir, tampouco a influência devida nesses indicadores. Essa complexidade tem a ver, sobretudo, com o número, o nível e a qualidade dos recursos humanos diretamente intervenientes na atenção à criança e na resolução dos problemas.

A evolução favorável da mortalidade observada resulta da conjugação de diversos fatores e de parceiros nacionais e internacionais, que se traduziu na melhoria da prestação de cuidados preventivos e curativos, na maior disponibilidade de produtos alimentares, na melhoria da educação da população feminina, no alargamento da rede rodoviária e das telecomunicações, além da manutenção, no período, dos níveis de recursos financeiros atribuídos à saúde.

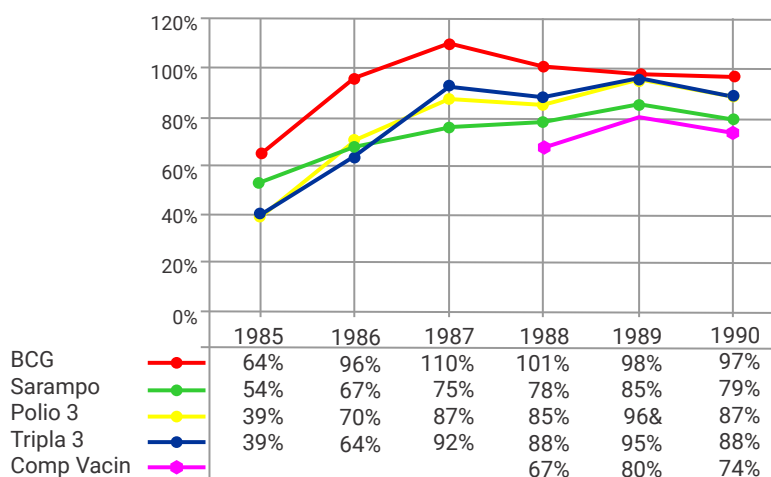
Destacamos, nesse ponto, as intervenções intersectoriais na divulgação maciça das medidas de higiene e de preservação da água potável; na distribuição e o uso de sais de reidratação oral; no envolvimento das parteiras tradicionais e de outros agentes comunitários nessa tarefa de divulgação; e na melhoria do nível mínimo de renda da população.

O desenvolvimento do programa PMI/PF, dirigido a grupos prioritários – crianças dos 0-6 anos (vacinação, seguimento do crescimento e controle da desnutrição); ges-

tantes (seguimento da gravidez); e mulheres em idade fértil (planeamento familiar) –, é, provavelmente, o fator que melhor explica esse bom desempenho dos indicadores de saúde em Cabo Verde. O PMI/PF conseguiu oferecer soluções tecnicamente adequadas e constituiu um dos pilares da política de saúde dos primeiros 15 anos como país independente e integrado na atenção primária. A expansão da sua implantação em todos os concelhos do território foi gradual, entre 1978 e 1983, com apropriação pelas DS.

A evolução da cobertura vacinal alcançada é apresentada como indicador ilustrativo da intervenção articulada entre vários programas e atividades de saúde, bem como da participação da população e da ação intersectorial (Figura 2).

Figura 2. Cabo Verde: Cobertura vacinal e situação nutricional
1980 – 1990



Fonte: MSPS, Documento preparatório para o III PND, 1991.

Ilhas	Desnutrição aguda		Desnutrição crônica		Desnutrição global	
	1983	1990	1983	1990	1983	1990
Santo Antão*	3%	2%	16%	25%	22%	19%
São Vicente	5%	5%	14%	12%	13%	13%
São Nicolau	3%	-	9%	-	10%	-
Sal	3%	1%	6%	7%	12%	3%
Boavista	11%	2%	11%	5%	7%	8%
Santiago	6%	4%	18%	28%	23%	22%
Majo	15%	-	21%	-	19%	-
Fogo	3%	2%	15%	28%	22%	18%
Brava	3%	6%	11%	19%	20%	17%

Dados referentes somente à Ribeira Grande.

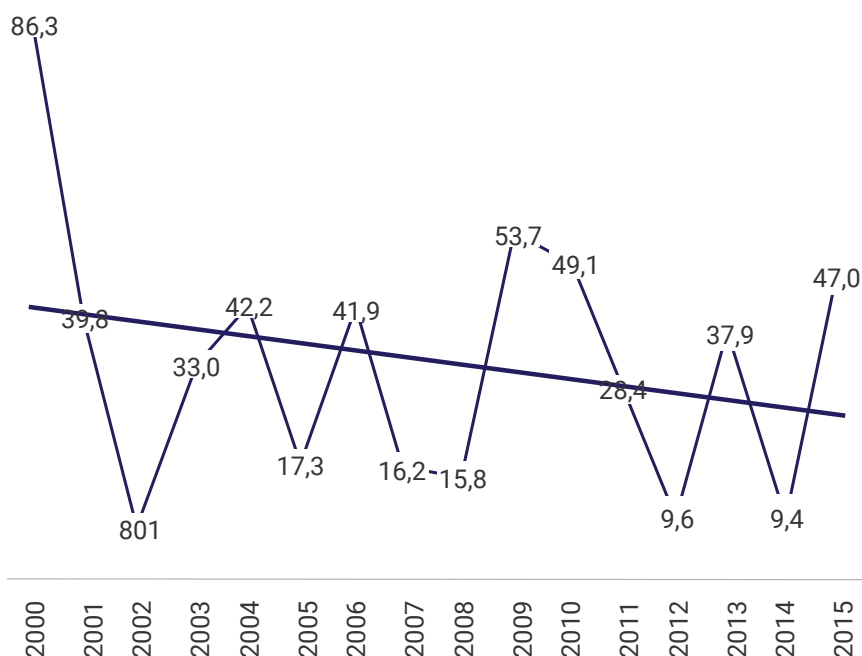
Fonte: Ministério da Saúde, citado pela UNICEF, 1993.

Em relação à situação nutricional das crianças, reconhecidamente um bom indicador do estado sanitário, não só da população infantil, mas de toda a população, a desnutrição deixou de ter o impacto de outrora, tendo diminuída a sua letalidade devido às intervenções intersectoriais, mas continuou sendo um problema grave de saúde pública.

A magnitude da desnutrição e dos seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil levou o governo a tomar medidas para melhorar o estado nutricional das crianças em idades pré-escolar e escolar, bem como de outros grupos vulneráveis, criando um sistema de segurança alimentar e uma rede de distribuição dos gêneros alimentares de base que cobriram eficientemente todo o país. Outra ação de segurança alimentar foi o programa de refeições quentes nas escolas que, em 1990, fornecia diária e gratuitamente cerca de 70 mil refeições às crianças do ensino básico elementar (a quase totalidade das crianças matriculadas).

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) por causas relacionadas com a gravidez e o parto apresentaram, igualmente, uma tendência para a baixa (Gráfico 3), o que permitiu ao país figurar entre os nove países que conseguiram atingir a meta para os ODM referente à morte materna. Na interpretação dos dados da TMM, convém chamar a atenção para o fato de se tratar de um rácio por 100 mil nascidos vivos e que, em uma população pequena como a de Cabo Verde, com cerca de 10 mil nascidos vivos por ano, qualquer óbito produz uma grande variação na curva.

Gráfico 3. Cabo Verde: Mortalidade Materna 2000 – 2015

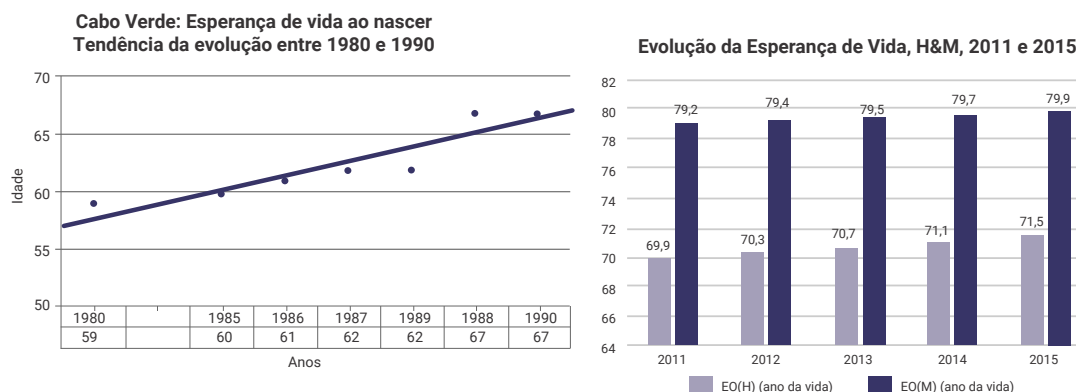


Fonte: Ministério da Saúde, Estatísticas da Saúde 2000-2015

Nos últimos 15 anos, morreram, em cada ano, menos de seis grávidas ou parturientes, que são perdas irreparáveis, mas que traduzem um esforço enorme, embora ainda incompleto para evitá-las.

Esses ganhos conseguidos na saúde são patenteados pela evolução favorável do índice da Esperança de Vida (EV) ao nascer, o qual passou de 59, em 1980, para 67 anos, em 1990; e aumentou 10 anos no período seguinte, 2011-2015, com um ganho significativo da EV, o que reflete a melhoria do estado de saúde da população, assinalando uma posição relativamente confortável de Cabo Verde quanto a esse indicador, ao alcançar, em 2015, 79,9 anos de vida para as mulheres e 71,5 anos para os homens (Gráfico 4).

Gráfico 4. Esperança de vida ao nascer, evolução nos períodos 1980-90 e 2011-2015



Essa evolução acentua, contudo, a tendência para uma maior longevidade e consequente envelhecimento da população, confrontando as pessoas e o SNS com doenças decorrentes do agravamento de condições biológicas ou das que derivam dos riscos ligados ao modo de vida das pessoas, ao que se acrescentam os efeitos da transição nutricional caracterizada pelo desequilíbrio na dieta, na nutrição e a falta de exercício físico. Evidencia, também, o fenômeno da urbanização rápida devido ao êxodo rural das populações para se instalarem em bairros periurbanos sem as mínimas condições de vida e que condicionam o padrão de doenças.

Outros resultados, no que toca aos recursos de saúde, foram também evidentes, aliás, importantes para obtenção dos resultados do processo. Queremos nos referir aos resultados obtidos na diferenciação dos recursos humanos de saúde, com uma evolução notória, embora se mostre ainda insuficiente para as necessidades. Em 2019, tinha-se atingido um ratio de mais de 8 médicos por 10 mil habitantes, e 60% dos médicos

tinham uma especialização. A situação dos enfermeiros era de mais de 770 profissionais em todo o país, significando um ratio superior a 14 por 10 mil habitantes. Outros técnicos de saúde, considerados em conjuntos, alcançavam um ratio de quase 7 por 10 mil habitantes. Faltará, certamente, um aprofundamento da qualidade e da diferenciação dos profissionais.

Igualmente, as infraestruturas de saúde evoluíram favoravelmente, a rede cobre o país com uma acessibilidade apreciável, com 85% da população a viver em um raio de 30 minutos da infraestrutura de saúde mais próxima. Torna-se fundamental capacitar devidamente cada instituição para a prestação correspondente, dotá-la de organização adequada e estimular a atuação em rede.

A rede de instituições de cuidados primários constituída por CS (32) com suas extensões – PS (34) e USB (115) – cobre todos os municípios. A rede hospitalar, constituída por 4 HR e 2 HC, serve as regiões sanitárias, supramunicipais, devendo garantir cuidados hospitalares à população da região. Nas regiões, existem os Centros Regionais de Saúde Reprodutiva (5), vocacionados para prestar CPS, nomeadamente de vacinação às crianças e atenção materna. Além disso, os HC garantem cuidados mais complexos, diretamente ou por evacuação médica para o exterior. As DS (17) são as administrações municipais de saúde.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO/ INTEGRAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

A estratégia de implantação da Região Sanitária, conceitualizada na Carta Sanitária, enquadra-se no processo organizativo da melhoria do acesso e de respostas mais consistentes do sistema de saúde. Assim, a Região Sanitária ganhou corpo no reforço de implantação dos CPS ou da atenção primária, para aproximar das populações cuidados de saúde com um nível crescente de diferenciação.

Não se trata de uma nova estrutura, nem esvazia o conteúdo funcional das DS, mas de um conceito organizacional na busca de funcionalidade racional das instituições de saúde recriadas e interligadas e da melhoria quantitativa e qualitativa das prestações, baseada em: a) novas relações entre as estruturas sanitárias (CS e suas extensões) de DS situadas em municípios afins; b) afetação de um HR de referência ao conjunto das DS nessa área; c) na sua autonomia técnica e administrativa da Região Sanitária.

Por isso, implica uma descentralização do poder de decisão e dos recursos, que reforce a autonomia das DS abrangidas para gerar uma capacidade organizativa e de gestão dos serviços de saúde mais alargados.

A insularidade e a repartição demográfica pelas ilhas obrigam a repensar como atingir a CUS, à luz do conceito tridimensional (OMS), que nos parece mais bem adequado à equidade e à justiça necessárias na oferta de cuidados de saúde em Cabo Verde (pequeno país insular), conjugado com os níveis de prestação instituídos pela PNS e procurar responder com realismo às questões de base:

- Que serviços devem ser cobertos? Em consonância, alargar os serviços de saúde essenciais que incluam abordagens a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e devem ser suficientes para atender às necessidades de saúde da população servida, quer do ponto de vista da quantidade, quer da qualidade.
- Que população atender? Para aumentar o número de pessoas que precisam desses serviços e que não são ou são atendidas de forma insuficiente.
- Quem vai pagar os custos? Se os utentes e/ou financiado por terceiros, tendo em atenção a necessidade de proteção contra o risco financeiro resultantes da proporção maior ou menor de custos que devem ser assumidos pelos próprios indivíduos.

Como a cobertura universal em cuidados primários tem melhores condições para ser realizada de forma alargada, quer ligadas ao SNS, quer contextual, deve-se fazer um investimento para robustecer o nível primário e preencher o primeiro anel de cobertura (primária). Para isso, os CS (e suas extensões) devem ter a sua missão reajustada em função da população a servir, ser dotados de equipas multiprofissionais com vocação, especializadas/educadas para isso, motivadas, remuneradas e dedicadas a prestar cuidados fora dos muros do CS, junto das famílias e indivíduos.

A cobertura em cuidados hospitalares secundários terá lugar pela prestação da Rede de Hospitais de Cabo Verde, a criar funcionalmente, conformando o segundo anel de cobertura. Para isso, torna-se necessário efetuar o *upgrade* dos atuais HR na sua capacidade resolutive (alguma diferença apenas em função da diversidade das necessidades das populações servidas). Além disso, os hospitais da Praia e do Mindelo devem assumir plenamente a missão da prestação de cuidados hospitalares secundários à população residente nas cidades onde estão implantados, servida em primeira instância.

A cobertura em cuidados hospitalares terciários, nacional, que vem tendo solução parcial nos HC e por meio da evacuação médica para o exterior, precisa ser revista e complementada. Para isso, precisa-se desenvolver o conceito de um Novo Hospital de Cabo Verde a implementar, que nos parece ser essencial: i) de âmbito nacional; ii) de referência, na ponta da pirâmide sanitária; iii) especializado e prestador de cuidados terciários organizados por centros de excelência (a definir), virados para as necessidades

da população nacional e estrangeira flutuante; iv) em conexão digital (4G & 5G) com a rede nacional de hospitais e com hospitais e instituições congêneres, no exterior; v) de acesso facilitado por um Sistema de Emergência Médica e de Resgate (S.E.M.R.), (pela conjugação de vias aérea, marítima e terrestre); vi) complementado pelo sistema de evacuações sanitárias/médicas para a exterior, este com novo figurino atualizado no conteúdo e forma com os parceiros.

PONTOS CRÍTICOS

No pós-Astana, a elevação da capacidade resolutive do sistema de saúde cabo-verdiano é o principal ponto crítico para o futuro imediato. Qual será a Estratégia de Desenvolvimento Sanitário capaz de fazer avançar o sistema de saúde para a modernidade, ampliando os ganhos alcançados, em simbiose com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentado (ODS) pela contribuição de todos os setores que influenciam as condições de vida do ser humano; e responder aos novos desafios, nomeadamente, resolver as insuficiências sentidas de resposta terapêutica. A reflexão, no imediato, é absolutamente abrangente e deve incidir sobre:

- Efeitos e consequências no perfil epidemiológico e na saúde (doenças crônicas e degenerativas sobretudo) das “melhorias” nas condições de vida da população, baixa fertilidade, maior longevidade e envelhecimento;
- Âmbito e tempo para *upgrade* de cada nível da pirâmide sanitária, com base nas evidências da situação atual, incluindo o alargamento da capacidade resolutive dos hospitais;
- Atualização da carteira dos CPS, tendo em atenção o perfil epidemiológico e os fatores de risco prevalentes na população de cada região;
- Aproximação e sinergismo (ou diminuição dos fatores de separação) entre cuidados primários e cuidados hospitalares, utilizando critérios consensualizados entre níveis;
- Preenchimento com qualidade objetiva das capacidades materiais, organizativas, administrativas, científicas, técnicas e humanas de cada instituição, em todos os níveis, apetrechando-as para contribuírem para a cobertura universal tridimensional;
- Criação de um S.E.M.R., dotado de profissionais habilitados e equipamentos, protocolos adequados ao país, sistemas de transporte - ambulâncias, acomodações de transporte marítimo entre ilhas sem poiso de avião e de evacuação aérea -, para responder com urgência às necessidades das pessoas em risco de vida e fazer a sua mobilidade em segurança, entre unidades da rede nos diversos níveis

da pirâmide de saúde ou/e resgate, prestação de socorro e salvamento perante calamidades, catástrofes ou grandes acidentes;

- Desenvolvimento da segurança sanitária para o controle de todos os riscos associados ao meio ambiente, ao clima, ao desenvolvimento das tecnologias, das práticas em saúde, ao funcionamento do sistema de saúde, ao comportamento humano, ao âmbito alimentar e nutricional e à biossegurança;
- Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica com Planos de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública, nacional e municipal, para o país melhor responder às situações inesperadas – endemias, desastres ambientais e climáticos, acidentes químicos ou outros;
- Setor privado de saúde para ocupar o seu espaço no âmbito da prestação de cuidados e dar uma resposta adicional e resolutiva às necessidades de saúde da população residente e da flutuante;
- Revisão da política dos profissionais de saúde, ajustando os perfis à realidade epidemiológica e social do país e ao desenvolvimento sanitário de Cabo Verde e cuidar dos profissionais, nas várias etapas:
 - i. Formação para uma capacitação técnica e humana sólidas e habilidade para trabalharem em equipe (transdisciplinaridade), baseada na realidade do país, na situação de saúde-doença da população e nas condições de vida prevalentes e formação contínua;
 - ii. Distribuição equitativa pelas instituições espalhadas pelo país, em função dos perfis e das necessidades;
 - iii. Remuneração adequada ao perfil e ao desempenho;
 - iv. Reforço, em número e qualificação, dos profissionais com habilidades em saúde pública.

Todos os ganhos assinalados servem de base, mas não são suficientes para alavancar uma Estratégia de Desenvolvimento Sanitário, ambiciosa como reclamam as perspetivas de desenvolvimento em médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Delgado APC. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980 a 1990: Experiência de construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Uni-CV edições; 2009. www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961... · PDF file
2. Douglas CH. Developing health impact assessment for sustainable futures in small island states

- and territories. *J Environ Assess Policy Manag*. 2003;5(4):477-502.
3. Singleton G. The health planning needs in small Pacific Island states. *Int J Health Plan. Manag*. 1990;5:117-34.
 4. McNaught A. Health policy and its implementation in small island developing states in the British West Indies. *Int J Health Plann Manag*. 2003;18:313-328.
 5. Cabo Verde, Ministério de Saúde e Assuntos Sociais /MSAS, Plano Nacional de Desenvolvimento: Texto do Sector Saúde, Praia, 1982.
 6. Cabo Verde, Ministério de Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais MSTAS. Programa de acção 1986-1990. Praia Gabinete de Estudos e Planeamento / MSTAS.1986.
 7. Cabo Verde. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. Estratégia Nacional de Saúde. Praia: GEP; 1976.
 8. Declaration of Alma Ata https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf · PDF file
 9. Park S, Abrams R. Alma-Ata 40th birthday celebrations and the Astana Declaration on Primary Health Care 2018. *Br J Gen Pract*. 2019;69(682):220-221. doi: 10.3399/bjgp19X702293
 10. Okpokoro E. Primary Health Care: A Necessity in Developing Countries? *J Public Health Afr*. 2013;4(2):e17. doi: 10.4081/jphia.2013.e17
 11. OMS D'Alma Ata à l'an 2000 : Réflexions au mi parcours, Genève, OMS.1990.
 12. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;2:101-8.
 13. Organización Panamericana de Salud/OPAS, (1987) Esquema tentativo para el analisis de las implicaciones de APS y de SPT/2000: documento preliminar, Washington, OPS OPAS. 1987.
 14. Wass V. The Astana declaration 2018. *Educ Prim Care*. 2018;29(6):321. doi: 10.7189/jogh.09.010313.
 15. Astana Declaration on Primary Health Care 2018 | Public Health Update. publichealthupdate.com/astana-declaration-on-primary-he...
 16. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392(10156):1369. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32478-4
 17. Jungo KT, Anker D, Wildisen L. Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health*. 2020;65(5):511-512. doi: 10.1007/s00038-020-01368-5
 18. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *J Glob Health*. 2019;9(1):010313. doi: 10.7189/jogh.09.010313.

19. Delgado AP. Educação Médica em Cabo Verde no contexto de país pequeno e insular: O desafio da sua implantação [tese]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical /Universidade NOVA de Lisboa; 2017.
20. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-474. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7
21. CR Cabo Verde. Constituição da República de 1980. Boletim Oficial de setembro. Assembleia Nacional Popular; 1980.
22. Cabo Verde, Ministério de Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais MSTAS. Programa de ação 1986-1990. Praia Gabinete de Estudos e Planeamento / MSTAS 1986.
23. Cabo Verde, Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, Cuidados Primários de Saúde: políticas, estratégias, objetivos, problemas e resultados, Praia, Direcção-Geral de Saúde 1987.
24. Cabo Verde. Constituição da República de 1992. lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro, Assembleia Nacional; 1992.
25. Cabo Verde. Lei de Bases de Saúde n.º 41/ VI/2004. Boletim Oficial n.º 10, de 5 de abril de 2004. Praia, Assembleia Nacional; 2004.
26. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Carta Sanitária de Cabo Verde, vol. II [Internet]. Praia: MS; 1999 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
27. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Carta Sanitária de Cabo Verde, vol. I [Internet]. Praia: MS; 1999 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
28. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde 2020 [Internet]., Praia: MS; 2007 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
29. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário: 2017-2021, www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/plano... · PDF file; minsaude.gov.cv/.../plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario 2012-2016 [Internet]; minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/outros... (2008-2011)· PDF file, Praia: MS; [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
30. Delgado AP. Educação Médica em Cabo Verde no contexto de país pequeno e insular: O desafio da sua implantação [tese]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical /Universidade NOVA de Lisboa; 2017.
31. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2014. Praia: MS; 2015.

32. Gonçalves L, Santos Z, Amado M, Alves D, Simões R, Delgado AP, et al. Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. 2015. PLoS ONE. 2015;10(11):e0142955. doi: 10.1371/journal.pone.0142955
33. Abrahams Z, Mchiza Z, Steyn P. Diet, and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. BMC Public Health. 2011;11:801-19. doi: 10.1186/1471-2458-11-801
34. Delgado AP, Tolentino AC, Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. Human Resour Health. 2017;15(5):3. doi: 10.1186/s12960-017-0180-9
35. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2016-2020. Praia: MS; 2014.
36. Organização Mundial da Saúde. WHO/HRB/98.2/: A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal/INP. Genebra: OMS; 1998.
37. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Reorganização do atendimento e prestação de cuidados de saúde nas cidades de Mindelo e da Praia / CS e BU. Praia: MS; 2012.
38. Gomes IFB. A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde: 1975-2000. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro; 2006.
39. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: OMS; 2014. ISBN 978 92 4 856459 8.
40. Cabo Verde. Direção Nacional do Planeamento, Estratégia de Desenvolvimento Sanitário, Praia, MF, 2020.

A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU DE ALMA-ATA A ASTANA

Júlio C. G. Sá Nogueira¹

Resumo

Na Guiné-Bissau, o conceito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) evoluiu sob a denominação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e identificado a partir de uma rede de Estruturas Sanitárias em nível operacional e que integram um conjunto de unidades comunitárias na sua área de responsabilidade. Os Responsáveis dos CPS encarregavam-se da sensibilização das populações e da formação contínua, da supervisão de seguimento das atividades de manutenção e aprovisionamento da rede das Unidades de Saúde de Base (USB) (Conhecimento dos sinais/sintomas das doenças mais comuns e alguns sinais de perigo). Por outro lado, fazem seguimento das orientações técnicas na escolha dos representantes das comunidades no processo da cogestão comunitária. Durante o triênio 1986/1989, desenvolveu-se reflexão sobre os CPS em relação ao sistema nacional de saúde mais diretamente com o nível Regional “Distrital”, com as suas funções curativas, preventivas de reabilitação e promocionais, tendo um papel específico para cada nível:

- Comunitário
- Centro de Saúde
- Hospital de Referência Regional ou diretamente para Hospital Nacional
- O Setor Autônomo de Bissau, devidos as suas particularidades de Centro Urbano/Capital, foi atribuído estatuto de Região Sanitária
- A definição do Pacote Mínimo de Atividade (PMA) foi particularmente relacionado com o nível periférico ou operacional (Áreas Sanitárias sob responsabilidade dum Centro de Saúde Padrão).

Um dos maiores constrangimentos foi sempre o Financiamento do setor da saúde perante uma grande dependência do financiamento internacional. O OGE para a saúde raras vezes atinge 10%, e na execução vai mais abaixo. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário 1ª 2ª e 3ª geração com compromissos por cumprir a Grande escassez dos Recursos Humanos de qualidade e Especialistas quase inexistente.

Enquadramento dos CPS na Guiné-Bissau

Na Guiné-Bissau, o conceito de Cuidados de Saúde Primários evoluiu sob denominação Cuidados Primários de Saúde (CPS) e identificado a partir de uma rede de Estruturas Sanitárias em nível operacional e que integram um conjunto de unidades comunitárias da sua área de responsabilidade.

Para o alcance do lema Saúde Para Todos (SPT) ao ano 2000, foi fundamentalmente necessária a tomada de consciência por parte das populações e sua participação nas atividades de saúde.

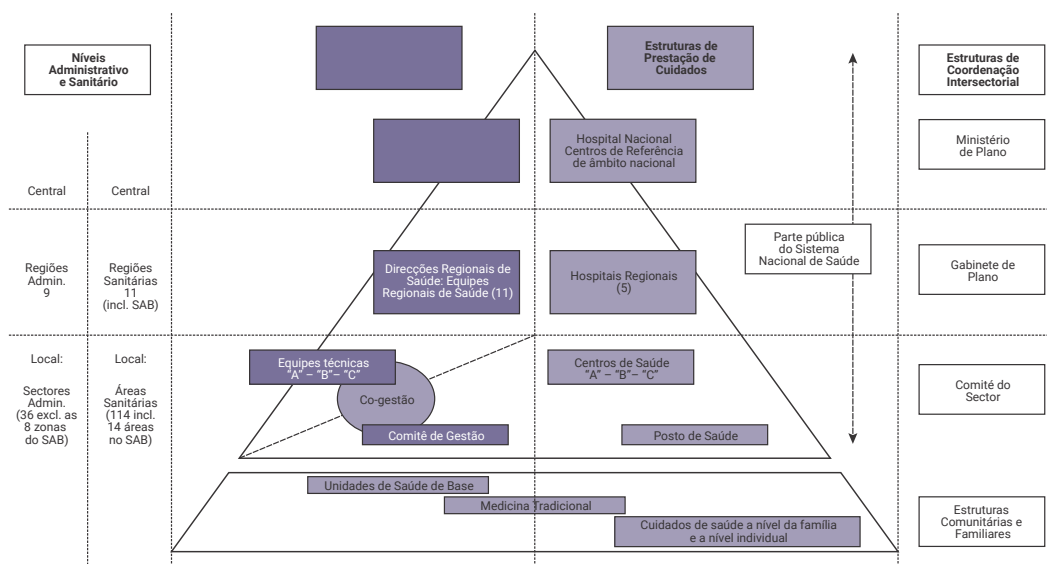
O sucesso ou fracasso dessas atividades dependem da qualidade e da capacidade dos técnicos de saúde responsáveis da Área Sanitária (AS) em influenciar na mudança de comportamento e atitude da população por meio de sessões de ensino, planificadas, organizadas e orientadas com ajuda de materiais didáticos de fácil assimilação pela população.

Os responsáveis dos CPS encarregavam-se da sensibilização das populações e da formação contínua, da supervisão da manutenção e do aprovisionamento da rede das Unidades de Saúde de Base (USB).

Já em 2000, por exemplo, falamos dos CPS em relação ao sistema nacional de saúde mais diretamente com o nível Regional “Distrital”, com as suas funções curativas, preventivas de reabilitação e promocionais, tendo um papel específico para cada nível:

- Comunitário
- Centro de Saúde (CS)
- Hospitais de Referência Regional
- O Setor Autônomo de Bissau (maior centro Urbano) foi atribuído ao estatuto de uma Região Sanitária à semelhança das 8 Regiões Administrativas, que, por razões do princípio da política da Equidade, foi também atribuído ao estatuto de Região Sanitária o setor administrativo de Bubaque no sul do país, ficando assim desmembrado da região administrativa de Bolama Bijagós, devido a sua particularidade insular e difícil acesso geográfico. O mesmo princípio esteve na base do desmembramento do setor administrativo de São Domingos, no norte com a Região de Cacheu; mais tarde, devido ao desenvolvimento de estradas e pontes, voltou a ser integrado. Desde então até ao presente, o setor administrativo de Farim foi atribuído ao estatuto de Região Sanitária, desmembrada da Região de Oio.
- O Pacote Mínimo de Atividade (PMA) foi particularmente relacionado com o primeiro nível de atendimento das populações (Áreas Sanitárias e cuja estrutura sanitária de responsabilidade o CS).

Figura 1.



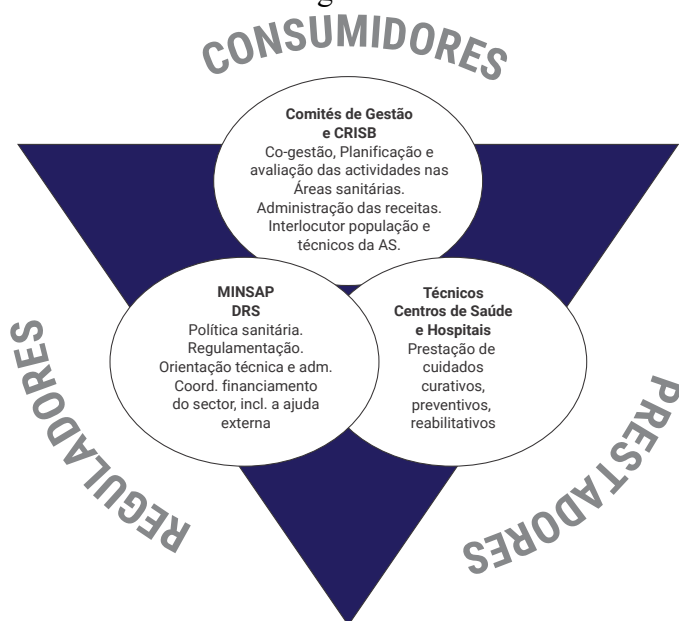
A figura 1 mostra a posição dos órgãos das estruturas de participação comunitária por meio da Iniciativa de Bamako (IB) – Comitê de Gestão e Comissão Regional de Seguimento da IB – em relação à pirâmide sanitária.

Na experiência da Guiné-Bissau, são as Direcções Regionais de Saúde que pilotavam ou serviam de orientador de todo o processo de sensibilização, da eleição, da formação e de seguimento e enquadramento dos Comitês de Gestão. A esse propósito, é importante referir o Projeto-piloto da Região Sanitária de Gabu com apoio da Organização não Governamental (ONG) Italiana GVC, cuja expansão foi facilitada para todo o país.

Era evidente que, para que se instaure um verdadeiro diálogo e engajamento comunitário, um dos princípios dos CPS, era preciso trabalhar com a própria comunidade.

Para isso, a experiência da Região de Gabú teve enfoque em estabelecer a triada de articulação/colaboração entre as comunidades na qualidade de Consumidores, Utilizadores dos serviços de saúde, seus órgãos de representação (Comitês de gestão), os Técnicos de Saúde, ou seja, prestadores de serviços ou planejadores de saúde.

Figura 2.



A Autoridade estatal regional presidia a Reunião semestral da Comissão Regional de Seguimento da IB, em que o relatório de atividades e contas é apreciado e as decisões são conjuntamente tomadas. Esse processo foi objeto de elaboração de um suporte jurídico por um dos mais conceituados juristas guineenses.

Na República da Guiné Conakry, por exemplo, os Comitês de gestão eram enquadrados pelo Ministério da Administração Territorial.

Enquanto no Mali, os Comitês de Gestão tinham estatuto puramente comunitário. Embora a regulamentação e a legislação proveniente do Ministério da Saúde, o enquadramento desses órgãos, tanto a nível regional como nacional, não dependia de instituições estatais, mas, sim, de ONGs nacionais e estrangeiras que os apoiam.

A evolução desse percurso do desenvolvimento dos CPS na Guiné-Bissau foi interrompida durante 11 meses a partir dos eventos político-militares de 7 de junho de 1998, dando lugar a consequentes períodos de instabilidades institucionais que afetaram todos os setores de desenvolvimento do país, nomeadamente o setor da saúde e o próprio Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 1998-2002.

Grau de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários

Evolução dos programas técnicos

Os CPS foram considerados como um meio para atingir os objetivos SPT até ao ano 2000. Este subentende a promoção do nível de bem-estar físico, mental e social o mais elevado possível para os indivíduos, no seio das famílias e das comunidades. Entre as componentes essenciais dos CPS, podemos salientar:

- a) A educação concernente aos problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e combater;
- b) Promoção de uma alimentação e nutrição adequada e correta;
- c) Aprovisionamento adequado em água potável e medidas de saneamento de base;
- d) Saúde materna e infantil, incluindo a planificação familiar;
- e) Vacinação contra as doenças endêmicas, infecciosas predominantes;
- f) Prevenção e redução das doenças endêmicas locais;
- g) Tratamento apropriado das doenças e dos traumatismos correntes;
- h) Aprovisionamento em medicamentos essenciais.

Na prática, essas componentes foram traduzidas em PMA, em nível de cada AS. O PMA representou um “conjunto” mínimo de cuidados que o PNDS elegeu para que sejam disponibilizadas em todos os CS e abrangiam:

- Consulta curativa, incluindo laboratório (mínimo) e disponibilidade de medicamentos de primeiro recurso;
- Luta contra as grandes endemias;
- Planeamento familiar;
- Consulta pré-natal;
- Assistência aos Partos;
- Seguimento das crianças de 0 a 5 anos, incluindo a vacinação e a recuperação nutricional;
- Educação para saúde e adaptação aos aspectos intersetoriais e comunitários;
- Organização e coordenação das atividades sanitárias ao nível da AS (microplanificação, informação sanitária, atividades de formação sanitária e de supervisão das USB e Postos de Saúde);
- Cogestão comunitária;
- Gestão dos medicamentos desse nível.

Os Programas de saúde tiveram a sua origem, mais estruturados e dirigidos aos maiores problemas de saúde pública e, portanto, com um vínculo inicial vertical, dando resposta às necessidades das populações aos CPS.

Por conseguinte, os Programas foram preenchidos por um conjunto de oferta de serviços prioritários, diretamente identificados com as necessidades das comunidades e cuja oferta é atribuída como as principais tarefas do nível operacional ou AS, em que se destacam os seguintes:

- Saúde Familiar e Reprodutiva
- Grandes Endemias
- Higiene e Nutrição
- Programa de Medicamentos Essenciais (PME)
- Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS)
- Monitorização Descentralizada metodologia Tanahashi
- Promoção da Informação, Educação e Comunicação (IEC) por meio da Direção de Informação, Educação e Comunicação do setor de saúde.

Desenvolvimento de Políticas SPT até ao 2000

Depois da independência, a política sanitária do país passou por diferentes fases de desenvolvimento. Assim, durante a 29ª Assembleia Mundial da Saúde, subscreveu o *slogan* lançado pelo Dr. Mahler sobre “Saúde para Todos até ao ano 2000”. Na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1977, foi colocado a todos os sistemas de saúde do mundo o desafio e o compromisso de garantirem, em primeiro lugar, que todas as pessoas, famílias e comunidades pudessem aceder de modo equitativo e participativo aos cuidados de saúde mais essenciais e importantes para proteger e promover a sua saúde.

Declaração de Alma-Ata

A definição e o aprofundamento detalhado dos conceitos, dos princípios, das implicações práticas e de um conjunto de recomendações foram magistralmente explicitados em 1978 na histórica Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Esse documento ficou conhecido por “Declaração de Alma-Ata”.

A Guiné-Bissau encontrava-se nos primórdios da Independência proclamada unilateralmente em 24 de setembro de 1973 e reconhecida pelas Nações Unidas em 10 de setembro de 1974. Nessa altura, era evidente que as infraestruturas existentes, na sua maioria herdadas do período colonial, e os escassos Recursos Humanos e uma cobertura das populações beneficiando de instalações sanitárias adequadas (meio urbano) é de 30% (Unicef 1995); enquanto um Inquérito nacional realizado em 1997 aponta para uma população se beneficiando de instalações sanitárias, mesmo que rudimentar, com

uma taxa de 37%. No entanto, um grande número de rede de CS foram construídas nomeadamente no sul do país.

A política de saúde é parte integrante da política global de desenvolvimento socioeconômico do governo. Nesse contexto, o objetivo é a implementação das componentes essenciais dos CPS em todo o território nacional, entre as quais o programa de SMI/PF constitui uma das prioridades assim como a prevenção e o controle das doenças, o abastecimento de água e o saneamento do meio.

Entre os princípios diretores da política nacional de saúde, destacam-se:

- O reforço do sistema nacional de saúde a todos os níveis: central, regional e local;
- A descentralização dos serviços;
- A promoção de mecanismos de colaboração intersectorial;
- A valorização dos aspectos positivos da medicina e farmacopeia tradicional;
- Aderência à IB.

Adesão à iniciativa “Acelerar a instauração da Saúde Para Todos os Africanos”

O cenário de desenvolvimento em três fases foi adotado em 1985 durante a 35ª sessão do Comitê Regional em Lusaka, Zâmbia.

O Estado da Guiné-Bissau assumiu a realização de uma simples análise da situação do seu sistema de saúde, aos níveis do Distrito, Intermediário e Central respectivamente, para reforçar as atividades dos CSP em nível Comunitário. À semelhança doutros países, a Guiné-Bissau procedeu a uma reflexão sobre o conceito de Distrito, adaptando os elementos de definição à Região Sanitária, tendo em consideração as próprias características e dimensão geográfica.

A implementação dos CPS cabe às regiões sanitárias e, propriamente dita, aos níveis locais ou operacionais, visto que esses dois níveis estão muito mais próximos das populações do que o nível central. Por outro lado, as sedes regionais da administração, são dotadas de Hospitais Regionais com papel de referência do primeiro nível.

Além disso, para que a implementação dos CPS possa ter realmente um impacto sobre a saúde das populações, torna-se imperativo ter em conta as suas necessidades e seus pedidos. Isso implica uma abordagem da base para o topo, nomeadamente no que diz respeito ao processo de planificação sanitária.

A região, na Guiné-Bissau, situa-se a meio percurso entre o nível central e a população. Ela deveria, pois, constituir o ponto ideal de encontro entre as necessidades locais e as políticas nacionais. De fato, a região corresponde melhor ao conceito “distrito sanitário” e apresenta várias vantagens:

- Em termos geográficos, ela é relativamente limitada, dado que todas as suas partes poderão praticamente ser atingidas em um dia.
- Ela tem uma população não muito grande; e, por conseguinte, os serviços de saúde são relativamente fáceis de gerir e coordenar.
- Ela tem aglomerações (centros urbanos, tabancas) cujo tamanho e densidade são bem conhecidos.
- Ela tem geralmente uma única cidade principal que sirva de ponto central na comunicação e no comércio e referência sanitária.
- Ela é gerida por poucos responsáveis, facilitado assim a comunicação e a coordenação entre si e com as autoridades locais, bem como os organismos de cooperação.

É, pois, em nível da região que se pode mudar os sistemas de saúde e introduzir nela mudanças em função das realidades práticas e experiências adquiridas na implementação dos CPS, à condição de conseguirmos atribuir minimamente autoridade e recursos aos responsáveis regionais.

Política da Solidariedade por meio do sistema do Abota e as Taxas Moderadoras nas consultas. Podemos considerar que, por altura do final da década 1970 e início da 1980, o princípio do sistema de financiamento comunitário dos cuidados de Saúde no país, sob denominação o “O Sistema Abota”, também representa um testemunho do percurso a autossuficiência em Medicamentos Essenciais (ME). O nível dos preços dos medicamentos na altura era de 15% a 25% do preço CIF. O Sistema Abota tem levado a consciencialização da população no que concerne a sua participação nos custos da conservação da Saúde.

A Equidade, podemos citar como exemplo a atribuição dos Setor de São Domingos, no norte do país, e mais tarde o Setor de Mansoa; Bubaque no sul e insular, os Estatutos de Regiões Sanitárias e, também, a criação dos CS tipo A (Bubaque, São Domingos, Quebo e Tite).

Estratégias oficiais adotadas

CPS

Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades e incluem pelo menos: educação, informação e comunicação, relativas aos problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; provisão adequada de água de boa

qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de ME.

No período que antecede o PNDS, é importante realçar o Projeto-piloto CPS/IB, cuja execução estava a cargo da ONG Italiana GVC sediada na Região de Gabu, leste do país, e que mais tarde foi expandido para as restantes regiões também com apoio financeiro e Técnico da Holanda, Banco Mundial e outros até aos eventos do 7 de junho 1998.

O PNDS 1998-2002 ... um novo impulso

Este instrumento estratégico quinquenal representa a primeira geração de expressão política chave para o setor da saúde e declara que a saúde não é só, para cada um de nós, um direito fundamental garantido pela constituição, é também a base para um desenvolvimento durável e, por esse fato, representa um investimento precioso para as futuras gerações.

A nossa política nacional de saúde articula-se à volta do princípio dos cuidados primários cujos objetivos são: equidade, eficiência, eficácia, acessibilidade financeira, participação comunitária e colaboração intersectorial

É imperativo, para o Estado, procurar meios suplementares e fazer uso racional dos recursos disponíveis, para responder a uma procura que é crescente, para facilitar o acesso a cuidados de saúde aos mais desfavorecidos e para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos em todos os níveis.

Esse plano definiu orientações que permitiriam afetar recursos desde a concepção até a avaliação, e contempla os seguintes aspectos:

1. Definir as grandes prioridades nacionais em matéria de desenvolvimento sanitário para o período;
2. Propor uma resposta equitativa e eficiente aos problemas e necessidades de saúde para todas as regiões;
3. Definir as modalidades de descentralização do sistema nacional de saúde:
 - 11 Regiões sanitárias
 - 5 Hospitais Regionais
 - 114 AS
 - 4 Centros de Referência Nacional (Centro Mental, Reabilitação Motora, Pneumo Phtisiologia e Lepra)
4. Propor um quadro de intervenção para coordenar as ações ao nível nacional, com a participação de todos os parceiros de desenvolvimento.

Referência ao melhoramento da qualidade dos cuidados de saúde e acessibilidade ao PMA

As componentes dos CPS foram direcionadas essencialmente para oferecer cuidados de qualidade (globais, contínuos e integrados) e acessíveis a todos. Foram identificadas quatro ações prioritárias:

- a) A extensão física do PMA no conjunto dos CS e um melhor acesso ao PMA por meio do reforço da estratégia avançada e de um melhor enquadramento dos agentes comunitários;
- b) O melhoramento da qualidade e da utilização de atividades sanitárias do PMA;
- c) A introdução e a extensão do princípio de cogestão e de cofinanciamento comunitário das atividades de saúde;
- d) A reforma do setor hospitalar

A estratégia avançada e as atividades sanitárias das USB

De acordo com a situação geográfica da própria AS, e tendo em conta as possibilidades de acesso aos serviços disponíveis no CS, a equipe do CS presta serviços fora do centro: é o que se denomina “estratégia avançada”.

A estratégia avançada contempla, entre outras atividades:

- O seguimento das crianças de 0 a 5 anos, incluindo a vacinação;
- O despiste de certas patologias (tuberculose, lepra, infecções sexualmente transmissíveis, pessoas com necessidades especiais) e da desnutrição, conforme a morbilidade local e as prioridades definidas;
- A educação para a saúde e debates sobre os aspectos intersectoriais e comunitários.

Os Postos de saúde e as USB, constituem pontos privilegiados para a organização da estratégia avançada.

Participação comunitária através da Iniciativa de Bamako

A IB foi lançada como estratégia para acelerar e viabilizar os CPS, com acento particular ao primeiro nível de atendimento (AS, CS), e visava a uma melhoria tanto em termos da qualidade de prestação de serviços como em termos da extensão da cobertura dos serviços prestados.

Participação de Representantes da população na gestão das receitas, identificação e atribuição de solidariedade dos indigentes em nível da própria comunidade, na microplanificação, na monitorização das atividades em que o Comitê de Gestão serve de intermediário entre os Técnicos de saúde e a Comunidade.

Mapa sanitário

Os CPS, atribuição primordial do nível periférico, devem ser articulados e apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente interligados, oferecendo confiança e progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos mais desfavorecidos.

O Mapa sanitário testemunha um imenso trabalho de reorganização das estruturas de prestação de cuidados. Ele não é estático e nunca o poderá ser. Terá que evoluir em função do desenvolvimento do país. A população, ao participar na gestão dos serviços e consciente dos custos e da qualidade dos serviços dispensados, estaria mais bem colocada em desempenhar um papel decisivo na definição do plano de cobertura sanitária, sob a orientação do Ministério da Saúde Pública (MINSAP).

Experiências mostram que os CS são uma instituição pública (à exceção de alguns ligados a instituições religiosas); o MINSAP não exclui a possibilidade que ONG, Igrejas, Fundações ou outros organismos ligados à comunidade assumam responsabilidades na cobertura de certas AS, na base de um protocolo de acordo em conformidade com a política e as orientações nacionais (gestão, tarifas, atividades).

O Mapa sanitário é preenchido pela AS e o CS tipo. No sistema nacional de saúde, o primeiro nível de contato realiza-se na AS. Esta compreende uma população entre 7 e 12 mil – 20 mil habitantes, que abrangem cada uma das 114 AS e sob responsabilidade dum CS tipo C padrão, dotado de um pessoal mínimo, de equipamentos indispensáveis, de um meio de transporte e de infraestruturas adaptadas. Cada AS dispõe de um único CS e, em alguns casos, Postos de Saúde, servindo como postos avançados do CS na zona em que estão situados. Cada CS tem por missão principal assegurar a execução do PMA na respetiva AS.

A Reforma do setor hospitalar

As estruturas de prestação de cuidados, como os Hospitais Regionais, os Centros de Referências Nacionais Especializados e o Hospital Nacional, prestam serviços de referências em nível primário, secundário e/ou terciário, conforme o nível do sistema em que se encontra. Devem oferecer serviços de nível técnico e competência de nível mais diferenciado que os dos CS. Como em princípio, os hospitais não deviam ser ocupados com as ações que fazem parte do PMA e o seu acesso deverá ser limitado aos doentes enviados pelos CS.

Os doentes que queiram consultar diretamente no hospital sem passar pelo CS poderiam ser atendidos, mas em condições menos vantajosas, que poderiam ser ava-

liadas e integradas, por exemplo, em menor prioridade, ou sujeitas a maior tarifa das taxas moderadoras.

Prevvia-se que, nas regiões, a cobertura em cuidados secundários seria suficientemente garantida pela presença e bom funcionamento dos Hospitais Regionais de Gabú, Bafatá, Canchungo, Catió, e mais tarde de Canchungo e Mansoa.

Em caso em que o acesso ao hospital de referência é difícil, e para salvaguardar os princípios de política da equidade ao acesso, particularmente, a urgências dos partos, tendo em conta a preocupação com a mortalidade materna, alguns CS seriam dimensionados e equipados com meios materiais e humanos para prestarem alguns cuidados mais diferenciados, geralmente só disponíveis no hospital de referência, como, por exemplo, a transfusão de sangue, o atendimento de urgência e mesmo alguma cirurgia. Esses CS são classificados como tipo A (Bubaque, São Domingos, Quebo e Tite).

De igual modo, os CS “B” constituem uma alternativa, visto que foram dirigidos para meios rurais ou semiurbano, lugares bastantes isolados – e, por essa razão, dispõem de camas, as quais não são todas consideradas como sendo de hospitalização, mas também como camas de hospedagem destinadas a albergar pessoas que não possam deslocar-se em um mesmo dia para as suas casas ou para um outro nível do sistema de saúde.

Revisão do Programa de Medicamentos Essenciais na perspectiva da expansão da Iniciativa de Bamako

Em 1976 o MINSAP elaborou um Plano Nacional de Saúde que tinha como objetivo a disponibilidade de medicamentos de boa qualidade para toda população com assistência e tratamento gratuitos.

A estratégia era a normalização na aquisição, gestão e distribuição dos medicamentos, concretizada com a nacionalização de importação de medicamentos que foi confiada a uma empresa de Estado a “Central Farmedi.”

No ano seguinte, o governo orientou a política farmacêutica para o PME.

Os componentes desse Programa começaram a ser implementados a partir de 1997 nomeadamente com:

- Elaboração e publicação do primeiro Formulário Nacional de Medicamentos;
- Elaboração de Listas de Medicamentos para diferentes níveis de Estruturas Sanitárias (1984);
- Elaboração do Guia de Utilização de Medicamentos para os Enfermeiros dos CS;
- Seminários de formação no âmbito do uso racional de medicamentos;
- Criação da Comissão Nacional de Medicamentos – Órgão consultivo do MINSAP na área farmacêutica (1984).

No âmbito da reestruturação do MINSAP, foi criada, em 1989, a Direção dos Serviços Farmacêuticos integrada na Direção Geral da Saúde Pública com o objetivo de assegurar a execução da política farmacêutica.

O Projeto da Legislação Farmacêutica foi aprovado pelo governo no mesmo ano devido à política de liberalização econômica adotada.

Com efeito, a exclusividade da importação conferida à Central Farmedi pelo Plano Nacional de Saúde foi ampliada às Farmácias privadas do país, fato que carecia de determinada regulamentação.

No entanto, o objetivo pretendido pelo Plano Nacional de Saúde nos anos 1970 (disponibilidade e acesso de medicamentos em todo o país, assim como a assistência médica e tratamento gratuitos) revelou-se irrealista e impraticável. O orçamento do MINSAP para os medicamentos representava 10% das despesas gerais das necessidades em medicamentos para o país. Existia assim uma grande dependência dos doadores que contribuíam para a compra dos restantes 90% dos medicamentos importados.

Perante o panorama, o país beneficiou-se de uma missão de consultoria, com apoio técnico e financeiro do Institut Royal des Tropiques “KIT”, decorrida de 4 de junho a 5 de julho de 1995, sobre a Revisão do PME na perspectiva da expansão da IB em algumas regiões.

Essa missão teve como principal objetivo preparar o documento estratégico do PME, para discussão com os parceiros económicos a fim de garantir um cofinanciamento em médio e longo prazo (10 anos) para o referido Programa.

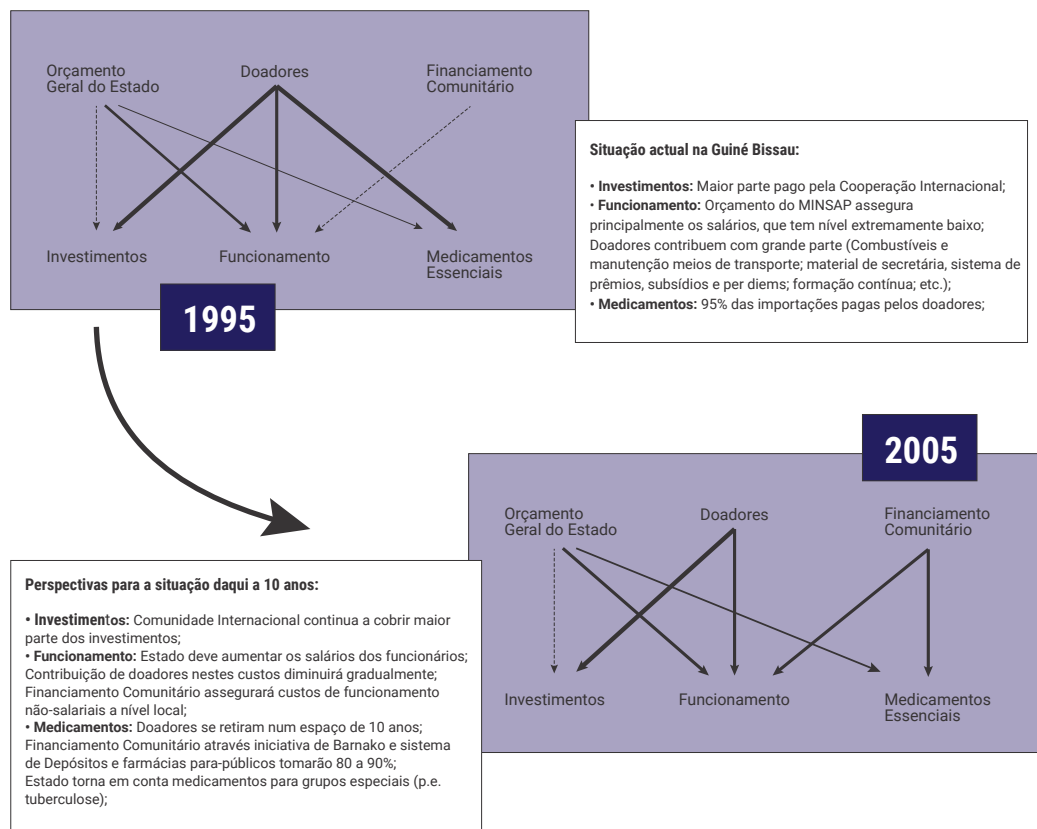
Com a revisão do PME, a estratégia considerada para a normatização do processo de aprovisionamento desde a aquisição, gestão e distribuição dos medicamentos foi a da nacionalização da importação de medicamentos que, na altura, tinha sido confiada a uma empresa de Estado, a Central Farmedi.

Por conseguinte, perante a progressiva diminuição das contribuições dos doadores e consequente instabilidade na aquisição dos medicamentos, os governos dos países de África Ocidental reuniram-se em Bamako (1987) para encontrar uma plataforma de entendimento para a sua resolução.

Dessa reunião, nasceu a chamada IB, cujos objetivos eram, entre outros:

- a) Recuperação dos custos dos medicamentos para a renovação do estoque;
- b) Utilizar parte do dinheiro recuperado para fazer funcionar os serviços.

Figura 3. Cofinanciamento do setor de saúde e introdução de recuperação de custos



A Monitorização Descentralizada de TANAHASHI

Esta metodologia consiste em monitorizar, entre outras atividades, as de saúde materna e infantil que integram o pacote de cuidados prestados nos CS, com o objetivo de melhorar de forma sustentada o desempenho dos serviços. Com a inovação e a aprendizagem no centro da melhoria, pretende-se, por meio de um exercício baseado em um ciclo de gestão:

- Elaborar planos (Microplanos das respetivas AS)
- Implementar ações do plano (supervisão, seguimento do programa, SGIS)
- Verificar (análise técnica – monitoramento descentralizado semestral)
- Agir (Coordenação – Monitoramento anual)

Pretende-se com este exercício encontrar melhores respostas aos problemas identificados *in loco*. Descentralizar a monitorização para que ela se revele eficaz e eficiente, contribuindo, dessa forma, para acesso, cobertura, disponibilidade e utilização dos serviços de saúde pela comunidade.

A metodologia tem ainda em vista a tomada de decisão sobre a estratégia mais apropriada para a implementação do plano operacional “Microplano do período” para intervenções de Alto Impacto sobre a mortalidade materna e infantojuvenil, tais como:

- A nível de cada AS, recolha de Dados demográficos;
- Atividades de vacinação das Crianças < 1 ano;
- Consulta Pré-Natal integrada;
- Parto Assistido;
- PTMF (Prevenção da Transmissão Mãe e Filho);
- Planeamento Familiar;
- Cuidados curativos para as Crianças com menos de 5 anos;
- Monitorização semestral de cada AS;
- Análise de estrangulamentos identificados;
- Gráficos elucidativos dos resultados da monitorização elaborada;
- Planos de Ação por cada AS no âmbito da Saúde Reprodutiva, PAV e AIDI com respostas adequadas aos estrangulamentos identificados;
- Resultados divulgados a todos os intervenientes no processo.

O PNDS 2018-2022 (3ª geração) define estratégias correntes

A Política Nacional de Saúde 2017 reafirma que a “ação para a saúde é parte integrante do desenvolvimento socioeconómico e visa melhorar a qualidade de vida”, orientada por Valores como “justiça social, equidade, acessibilidade e solicitude, identificando claramente direitos e deveres, tantos dos profissionais como dos utentes, referenciando-se a códigos deontológicos e a cartas de deveres e direitos, numa cultura de transparência e rigor”. É com estas orientações em mente que se definiram uma Visão da Saúde para a Guiné-Bissau e a Missão do sistema de saúde para concretizar essa Visão (fonte PNDS 2018-2023).

Visão	Um sistema de saúde cada vez mais eficiente, eficaz e financeiramente sustentável, com um crescente envolvimento de diferentes setores e responsabilização pelo governo, profissionais e cidadãos.
Missão	Contribuir de uma forma decisiva para o bem-estar físico, mental e social da população, seguindo os preceitos de acesso universal aos programas e serviços de saúde considerados prioritários pelo governo, de forma acessível, equitativa e de qualidade para todos
Valores	Equidade Respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades) Integralidade (bem-estar físico, mental e social) Integridade (ética profissional)

As estratégias do presente PNDS vão ao encontro da iniciativa mundial, cobertura universal de saúde, que faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que devem ser conseguidos até 2030. Essa iniciativa universal fundamenta-se em cuidados de saúde primários fortes e centrados nas pessoas, não se focando apenas na prevenção e no tratamento de doenças, mas visando também melhorar o bem-estar e a qualidade de vida, baseando-se em três pilares:

Figura 4. Pilares do PNDS III

Governança e mobilização de recursos	Programação prioritária	Oferta de serviços essenciais
Capacitação de lideranças. Atualização do quadro jurídico. Reforma do Mapa Sanitário. Gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão. Financiamento do setor. Securização dos medicamentos e outros produtos terapêuticos. Desenvolvimento da força de trabalho. Instalação e manutenção de equipamentos. Parcerias.	Saúde reprodutiva. Sobrevivência da Criança. Alimentação e Nutrição. Vacinação. Paludismo. Tuberculose. IST/VIH/Sida/Hepatites Virais. Doenças tropicais negligenciadas. Resposta às emergências em saúde pública. Doenças não transmissíveis.	Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados. Criar economias de escala no complexo hospitalar de Bissau. Reforço da capacidade cirúrgica.

Principais resultados obtidos ao longo do tempo

Aumento gradual do acesso aos CSP

Na Guiné-Bissau, os progressos no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde foram muito tímidos.

Apesar de o desenvolvimento do SNS ter sido interrompido e ficado bastante fragilizado, cito alguns resultados de referência ao longo do tempo, repartidos em um período pré e pós-eventos 7 de junho 1998:

Mortalidade das crianças

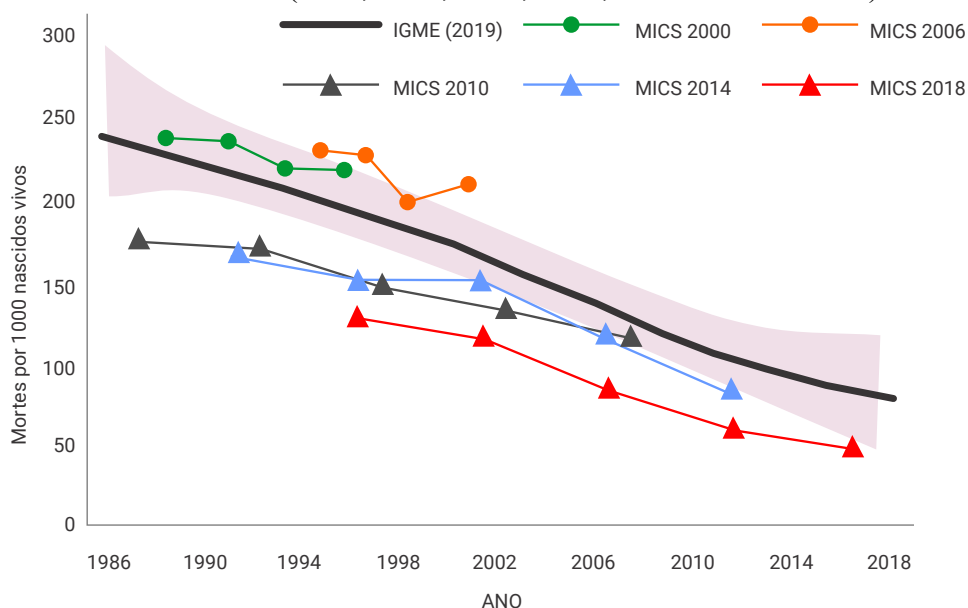
- A taxa de mortalidade perineonatal (a perinatal – abrange os nados mortos e; a neonatal – as crianças falecidas durante o primeiro mês) situava a 10% (respecti-

vamente, 4,7% e 5,6%) de crianças: e a taxa de mortalidade pós-neonatal (entre o 1º e 11º mês) era 9,2% para o país. Entre os períodos 1990/1992 e 1993/1995, constatou-se uma tendência para redução dessa mortalidade.

- A taxa de mortalidade infantil (soma de mortalidade per-neonatal e pós-neonatal) era estimada em 145%.
- A taxa de mortalidade acumulada das crianças menores de 5 anos (mortalidade infantojuvenil) era de 277%.
- Um estudo prospectivo, realizado em 1996, estimou a mortalidade materna em torno de 700 por 100 mil nascidos vivos até 4 meses depois do parto. Observou-se uma ligeira baixa dessas taxas no período 1990-1995 (fontes: estudos de pesquisa do Projeto de Bandim – Peter Aaby e Joaquim Gomes).
- Um estudo epidemiológico anterior, realizado em 1990, tinha estimado a mortalidade materna em 914 por 100 mil nascidos vivos (fonte: Margarida Oosterbaan e Virgínia Barreto, OMS/ MINSAP). As metodologias utilizadas eram diferentes para esses estudos, não se podendo, contudo, tirar nenhuma conclusão quanto à evolução da mortalidade materna durante o decênio. Ela é visivelmente mais elevada na região de Gabu do que nas outras, o que podia ser atribuída à prática de casamento precoce e excisão. Os dados revelam igualmente que é em Gabu que os casos de desproporção cefalopélvica são mais numerosas e que é em Biombo que os casos de infecção pós-parto são mais frequentes. As grávidas com gemelar apresentam um risco de morrer 5,3 vezes mais elevado que as grávidas com uma só criança.
- A taxa de mortalidade infantil e juvenil tem diminuído nos últimos 15 anos, mas a um ritmo relativamente lento; passou de 223% em 1995 para 218% em 2000; para 204% em 2005, depois 89% em 2015.
- A mortalidade materna, estimada em 900 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ainda permanece uma taxa muito elevada, superior à média de países com perfil socioeconômico semelhante.

Isso é também uma realidade para a maioria dos indicadores de saúde da morbilidade. As causas do problema são múltiplas (fonte: Plano Pluri-Anual Completo – PAV, 2018-2022).

Figura 5. Tendências de taxas de mortalidade de menores de cinco anos, MICS6, Guiné-Bissau (2000, 2006, 2010, 2014, 2018-2019 e IGME)



Apesar do fardo das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, a Guiné-Bissau registou alguns resultados encorajadores quanto ao controle e eliminação de algumas doenças emergentes e reemergentes: como a filariose linfática, a oncocercose e tracoma até 2020; e, também, apoio à eliminação da lepra, reduzindo o fardo das doenças atribuíveis à geo- helmintíase, controle da raiva e correção do sofrimento associado com Noma. Com a implementação do projeto de Higiene e Saneamento com apoio financeiro da Unicef no domínio do Saneamento, a infecção por doenças parasitárias de transmissão feco-oral, nomeadamente a cólera, não se regista há longos anos. Muito recentemente, o país foi atribuído ao estatuto de País livre de Pólio.

Saúde Mental – a oferta dos serviços do CS mental era das mais procuradas entre os nossos países vizinhos, dado ao sistema conjugado de isolamento dos doentes mais agressivos e os pacientes em um regime identificado com o ambiente mais aberto, familiar e pequenas ocupações orientadas, graças ao apoio da Cooperação Holandesa tanto em termos de Assistência técnica especializada quanto de recursos financeiros.

Recursos Humanos

- Um número considerável de efetivos de Enfermagem eram Socorristas e mais reduzido de Enfermeiros em diferentes especialidades. Procedeu-se a um levanta-

tamento de todos os Socorristas efetivos e implementados programas de Reciclagem e Curso de Promoção a fim dos seus enquadramentos no Quadro normal dos Recursos Humanos da Função Pública. Este arranjo permitiu melhorar o nível salarial de compensação durante a aposentação;

- Implementado um Projeto de “Formação Pós-Graduada de Médicos Guineenses”, 1996-2001 Banco Mundial; no final do “Curso de Formação Pós-Graduada de Médicos”, o Governo Guineense pôde dispor de médicos com preparação suficiente e domínio de habilidades nas quatro valências básica: medicina, cirurgia, obstetrícia/ginecologia e pediatria. O mestrando foi designado gestor da logística pela entidade formadora – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto;
- Implementado um Curso de Saúde Pública, envolvendo 22 Quadros do MINSAP, Médicos e Enfermeiros, Responsáveis por Programas em nível central e das Regiões Sanitária. Esta formação foi realizada em nível técnico pelo Institut de Santé et Développement, une institution Universitaire de Santé Publique de l`Université de DAKAR, responsável da vertente técnica, em parceria com l`Institut Africain de Développement de l`Entreprise (ISADE, financiado pelo Banco Mundial com início 13 de outubro 2000).

Infraestrutura

- Ampliação da rede sanitária graças ao apoio dos Parceiros Internacionais, de 36 CS nos Setores administrativos para um pouco mais de 114 CS padrão nas Áreas Sanitária;
- Logística disponível para atividade de Estratégias Avançada em todas as AS;
- Cadeia de Frio (CDF) em todas as DRS e AS alimentadas com sistema solar;
- Casas das Mães em todas as Regiões sanitárias, a fim de facilitar acesso das grávidas com alto risco obstétrico, parto seguro com Cuidados Obstétricos de Urgência (COU);
- Centros de Recuperação Nutricional criados e oferecem serviços de recuperação nutricional das crianças.

Adoção do desenvolvimento sanitário em três fases

- Definição do Distrito Sanitário e atribuição de 8 Regiões administrativas e SAB, a 11 Regiões Sanitárias.
- O PRGS, cujo objetivo era, essencialmente, criar estruturas sanitárias mais bem adaptadas às necessidades sanitárias regionais e melhorar a sua capacidade de

gestão. As equipes de gestão sanitárias fizeram face a problemas de tipo operacional, o que permitiu, em primeiro lugar, reforçar um certo número de sistemas de apoio (transporte, supervisão, formação contínua etc.), assistência técnica da OMS – Geneve.

- O manejo da programação por objetivos, geralmente no quadro dos projetos de desenvolvimento regionais financiados pela ajuda externa e utilizando diversos formatos segundo os doadores.
- A programação anual das atividades sanitárias (plano de atividades ou plano de ação anuais segundo as regiões), para as quais cada região desenvolveu a sua própria metodologia inspirando-se de diferentes modelos, tais como o PRGS ou a programação por objetivos, foi objeto de exercício sob coordenação do Diretor Geral de Panificação em colaboração com o seu homólogo Diretor Geral da Saúde Pública, que tutela os Programas Técnicos de Saúde.
- Colaboração Interinstitucionais, com Instituições privadas de caráter confessionais não lucrativas cada vez mais evidentes em nível de cada DRS

Saúde Comunitária

- Rede das USC ASC e Matronas – Agentes Saúde Comunitários;
- Política para ASC;
- Plano Estratégico Saude Comunitária 2021 – 2026 Unicef;
- Prêmio atribuído à Guiné-Bissau, com Diploma de Mérito durante a Conferência sobre Iniciativa Comunitária em África “CISCA “em 1993;
- Práticas Familiares Essenciais (17 PFE) (ver as componentes).

A Promoção do Programa de “Medicamentos Essenciais” alcançou estabilidade

O PME, cujas origens estão, desde 1990, ligadas à IB já descrita, embora atualmente não praticada, constituiu uma base sólida por meio dos depósitos e dos postos de venda de medicamentos e um elemento muito importante do sistema de saúde. A recuperação de custos a partir da venda de medicamento assegurou, progressivamente, não só a renovação dos “stocks”, mas também a armazenagem, a distribuição e a gestão (despesas correntes do sistema de abastecimento). Por outro lado, os fundos assim gerados permitiram, em conjunto com outras receitas da cobrança de serviços, cobrir as despesas correntes das estruturas de cuidados. Assim, dado que a disponibilidade em medicamentos é condição para a disponibilidade grande parte dos serviços, podemos afirmar que os medicamentos são o “motor” do sistema de saúde. Por isso, deverão ser promovidas as condições para a

existência de uma certa independência e autonomia financeira do sistema dos depósitos e das farmácias públicas em relação ao Estado. Os montantes recuperados deveriam servir, em primeiro lugar, para renovação dos “stocks” de medicamentos e nunca para outras despesas do MINSAP, muito menos de outros organismos do Estado.

A comunidade internacional garantiria, no início do PNDS, o financiamento das importações de medicamentos, que seriam ao cabo de 10 anos, assegurados pelo financiamento comunitário.

Como estava previsto, o sistema evoluiu para uma Instituição com estatuto para-público, com um conselho de administração no qual participarão ao lado da representação do MINSAP e Parceiros doadores.

Com a evolução do sistema de aprovisionamento de ME no país, já há muitos anos, foi transformada na Central de Compra de Medicamentos com Filiais nas Regiões.

Desafios a serem superados

- Garantir o funcionamento do sistema de saúde com menos pessoal, mas mais qualificado e com melhor remuneração;
- Melhorar a qualidade das prestações dos cuidados, por meio de uma emulação baseada em perspectivas reais de carreira;
- Regulamentar o recrutamento local, na base das necessidades locais e concursos de vagas, e próprio orçamento provenientes de recuperação dos custos;
- Reforçar a formação contínua dos técnicos não só do ponto de vista clínico, mas também em organização e gestão dos serviços, deontologia e ética e técnicas de comunicação.
- Incentivar colaboração de parceria com as Organizações profissionais de Saúde, para desenvolvimento e implementação das Carreiras;
- Proporcionar uma remuneração e subsídios atrativos e Alojamentos para Técnicos nas AS com alojamentos apetrechados com o essencial (entre outros, mobiliários, TIC);
- Estabelecer com eficácia, por intermédio de um Gabinete de Planeamento Regional, uma parceria de colaboração Institucional, Intermultissetorial com todos os setores do desenvolvimento do país, porque a essência funcional de cada um concorre como fator determinante para o alcance da Agenda 2030, por exemplo:
 - a educação: uma mulher escolarizada está mais bem preparada para contribuir para a própria saúde e, conseqüentemente, dos filhos e família;
 - as estradas e transporte: proporcionam acesso mais rápido e seguro das

populações na procura da saúde e, conseqüentemente, podem influenciar para o bom prognóstico no atendimento;

- agricultura: na produção, disponibilidade dos produtos alimentares, promoção da diversidade e uso dos produtos alimentares locais;
- ambiente: a promoção da preservação do ambiente saudável, higiene e saneamento adequado influencia o estado da saúde sã;
- Cada um no âmbito da sua responsabilidade e mandato.

Financiamento saúde “OGE” (acordo de Abuja 15%)

- Os principais desafios do sistema de saúde da Guiné-Bissau são a insuficiência de recursos, o que explica a não implementação do PNDS e do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, desde a primeira geração;
- Verificou-se, mais acentuadamente depois dos eventos de 07 de junho 1998, um desfuncionamento cíclico caracterizado por insuficiente engajamento orçamental do governo que apenas paga os salários dos RH da saúde e mesmo estes não são atrativos;
- Recursos humanos de qualidade (Especialistas em todas as especialidades) também são extremamente insuficientes, principalmente nas Especialidades das Estruturas de referência. Nas AS, os RH de qualidade também são muito insuficientes. Uma gestão deficiente em todos os níveis e que na maioria não obedece às normas administrativas e financeiras;
- Insegurança no aprovisionamento de medicamento e produtos médicos essenciais e de tecnologias de saúde obsoletas.

Estratégias adotadas para a organização dos CSP na Guiné-Bissau

Definição do mapa sanitário

Já descrito

PMA – PES

Cuidados de Referência Regional – CS A

Também já descritos, como Estruturas da primeira linha de recurso para solução dos pacientes que precisam de uma assistência mais especializada.

PME

O PME tinha como objetivo garantir disponibilidade de medicamentos de boa qualidade para toda a população, a todos os níveis do sistema e inicialmente gratuito.

Os componentes desse Programa começaram a ser implementados a partir de 1977, como se seguem:

- Elaboração e publicação do primeiro Formulário Nacional de Medicamentos;
- Elaboração da lista de medicamentos para diferentes níveis da Estrutura sanitária (1984);
- Elaboração do guia de utilização de medicamentos para os Enfermeiros dos CS;
- Seminários de formação no âmbito do uso racional de medicamentos;
- Criação da Comissão Nacional de Medicamentos – Órgão consultivo do MINSAP na área farmacêutica (1984).

Estratégia para estruturas da saúde comunitária

Diante dos desafios que nos impõe, a prioridade é fortalecer o acesso aos serviços de saúde por meio dos CSP (atualmente 40%), e a qualidade dos serviços básicos de saúde, prestando atenção especial à motivação e ao envolvimento da comunidade na gestão e na tomada de decisões favoráveis à melhoria do estado de saúde das populações em que estão inseridas.

Os ASC estão implicados na prestação de vários serviços de saúde, na mobilização de famílias para procurar tratamento ou mulheres para irem às consultas pré-natais, na senilização e na informação sobre o comportamento saudável.

Os ACS são fundamentais na senilização sobre lavagem das mãos, práticas higiênicas, vacinas, nutrição saudável e prevenção da malária. Eles colaboram na distribuição da quimioprofilaxia contra o paludismo, distribuição de MILDA, e são treinados em identificar alguns sinais de perigo, a fim de aconselhar e colaborar no encaminhamento dos doentes para CS.

Implementação das Práticas Familiares Essenciais (16 PFE);

Política saúde comunitária 1 ASC/50 famílias;

Cogestão comunitária.

Articulação dos CPS com os Cuidados ambulatoriais especializados e Hospitalares

- Qualquer uma dessas estruturas já foram mencionadas como estruturas de referência e de soluções, por exemplo, as CPN nos CS, quando identificam os ARO, são

referidas e acolhidas nas Casas das Mães, habitualmente no recinto da Estrutura de referência, na eventual necessidade de urgência. Estas estruturas podem ser Hospitais Regionais ou CS A com capacidade de cirurgia de urgência e transfusão.

- Centros de Recuperação Nutricional, para Seguimento Nutricional das Crianças por meio das consultas de puericultura (seguimento e desenvolvimento das Crianças).
- Laboratório Regionais, não só exames de diagnósticos mais especializado e, também, para controle de qualidade das lâminas.
- Centros de Tratamento Regionais da Tuberculose, que servem de seguimento do tratamento e controle dos doentes da própria AS e estão em estreita ligação com os Centros Nacionais reservado a casos de graves e resistentes.

Papel e atuação dos CPS no combate das doenças endêmicas e ou negligenciadas

Como já foi descrita, a situação na Guiné-Bissau é caracterizada pela persistência de elevada morbidade e mortalidade, nomeadamente as relacionadas com a mãe e a criança. Doenças infecciosas e parasitárias, deficiências nutricionais em crianças e gestantes, higiene e educação sanitária inadequadas são os principais determinantes do baixo nível de saúde da população.

O combate das doenças endêmicas e ou negligenciadas estão integradas ao Pacote da Vigilância epidemiológica em nível de cada AS, cujo responsável estabelece ligação com os elementos dos ACS e ou colaboração com os Líderes comunitários ou pessoas influentes na comunidade.

Por conseguinte, para fortalecer a vigilância, o país conta com uma rede de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todas as 117 áreas de saúde que podem ser otimizados e treinados nessas áreas de pesquisa ativa e detecção precoce de doenças sob vigilância. Cada ACS tem a responsabilidade de zelar por 50 famílias (uma média de 350 pessoas). Periodicamente, o ACS deve atualizar o registo nomeadamente das crianças nascidas com a finalidade de seguir o seu estatuto vacinal ou outra atividade na comunidade.

Qualquer rumor relacionado com uma situação de doença anormal, o ACS ou outra personalidade de ligação informa ao CS da sua área.

Os ACS também são elementos de ligação do CS com a comunidade, também perante as visitas de Estratégias avançadas, anunciar a comunidade antecipadamente do calendário da visita do Técnico de saúde.

A Informação Educação Comunicação faz parte do conteúdo das 16 PFE.

Participação dos ASC na procura dos faltosos para vacinação TT° TB.

Participação e implicação dos ASC nas campanhas de MILDA e QPS.

O desafio da preparação e retenção dos recursos humanos

PNDS 1998-2002 ... um novo impulso

Um dos principais desafios do sistema de saúde da Guiné-Bissau é a insuficiência de recursos, o que explica a não implementação no caso concreto do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008-2017. Recursos humanos de qualidade também são muito insuficientes, principalmente nas áreas de saúde.

Como desafio para retenção dos RH: aumentar a motivação do pessoal de saúde por meio do melhoramento das condições de trabalho e das perspectivas de carreira;

- Reforço da formação, segundo as prioridades e as necessidades do sistema de saúde, nomeadamente:
 - dar continuidade à formação de parteiras e ao programa de formação pós-graduada nos domínios clínicos e de saúde pública;
 - ENS, focalizar na formação pós-graduada em todas as especialidades;
 - Integrar os programas de formação;
- Salários e subsídios;
- Carreiras;
- Habitações.

Implementar as Carreiras Profissionais.

Funcionamento das organizações profissionais (Ordens).

Financiamento dos PDRHS.

Aumentar o OGE para o Setor Saúde.

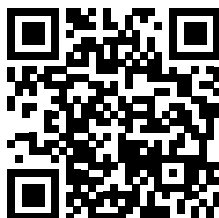
REFERÊNCIAS

1. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS; 6-12 de setembro de 1978.
2. Monekosso LG. Accélérer l'instauration de la sante pour tous les Africains: scenario de developpement sanitaire en trois phases. Brazzaville; AFRO; 1989.
3. van den Berg Y, Wijngaard F. Co-Gestão Comunitária, orientações de base para a aplicação do manual e introdução aos exercícios. Revisão e Adaptação: Dra Candida Gomes Lopes, Dr Júlio C. Sá Nogueira, Dr. Helder A. Lopes. Guiné-Bissau; abril de 2000.

4. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Relatório do Terceiro Encontro Inter-Regional, sobre A Planificação Regional. Guiné-Bissau; Ministério da Saúde Pública; 1995.
5. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Guiné-Bissau 1998-2002... um novo Impulso. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998
6. Guiné-Bissau. Revisão do Programa Nacional dos Medicamentos Essenciais na Perspetiva da Iniciativa de Bamako, Relatório de Missão. Guiné-Bissau: Royal Tropical Institute – KIT; 1995.
7. United Nations Children’s Fund. Multiple Indicators Cluster Survey, INE, 2018-2019. UNICEF; 2018

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



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

Flávio Castelo David dos Santos Andrade¹

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.

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 recolha 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”¹.

Nessa conferência, a OMS, citada por Pisco e Pinto²⁽¹¹⁹⁹⁾, 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)³.

Segundo Giovanella et al.³⁽⁴⁾, 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)⁴⁽¹³⁻¹⁴⁾, a história da luta contra o paludismo em STP foi iniciada em 1905, por Bruto da Costaⁱ, 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 Ceitaⁱⁱ que, nessa altura, trabalhou com o Ministério da Educação Popular no Programa de Erradicação do Paludismo. Tal como o Ceita, citado por Cardoso⁵⁽³⁷²⁻³⁷⁷⁾, 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 CNE⁴⁽¹⁴⁾ 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 (TDRⁱⁱⁱ e microscopia), pulverização intradomiciliar (PID), até a distribuição de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração (MILDAs^{iv}) 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 1981⁶⁽¹⁴¹¹⁾.

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 STP⁶⁽¹⁴¹¹⁾ 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) STP⁶⁽¹⁴¹²⁾.

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 fenómeno, a instabilidade político-governativa – por exemplo, de 1990 a 2000, houve seis^v ministros da saúde. Esse número elevado de ministros, na nossa opinião, constitui um dos principais obstáculos à conceção 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 receção do Ministério da Saúde.

de e dos Assuntos Sociais (MSAS)⁷⁽¹⁰⁾, 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^{vi} 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 portugueses⁸⁽²⁰⁴⁾.

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 MSAS⁷⁽¹⁰⁾ 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)⁹⁽¹⁰⁾ “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 IMVF⁸⁽⁹⁾.

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 MS¹⁰⁽¹⁵⁾ 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 MS¹⁰⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ 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^{vii}; 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 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 MS¹⁰⁽²⁰⁾ 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*¹⁰⁽²⁰⁾.

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”¹⁰⁽²¹⁾.

Segundo o MS¹¹⁽¹⁸⁾, 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%¹¹⁽¹⁸⁾.

Relativamente ao tétano neonatal, o MS¹¹⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ 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: MS⁹⁽²²⁾.

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.

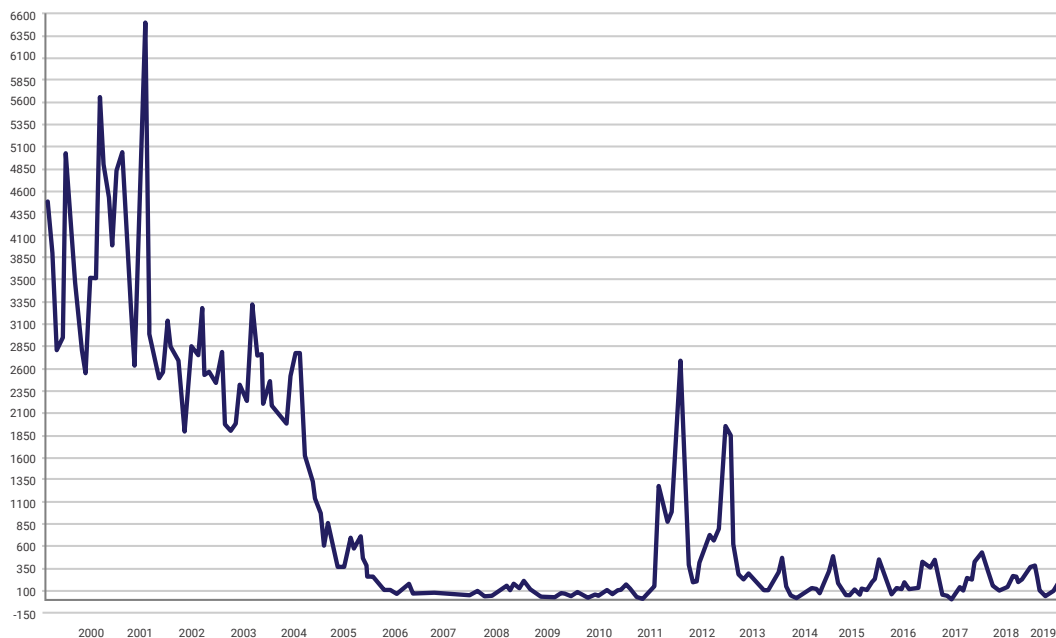
2.1.2.2. Domínio Doenças Transmissíveis

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 CNE⁴⁽¹⁶⁾ 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 paludismo⁴⁽¹⁶⁾.

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



Fonte: CNE⁴⁽¹⁶⁾.

2.1.2.3. Domínio Doenças Não Transmissíveis

As DNT estão constituídas em seis programas e são as maiores causas de morbilidade 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 financeiros⁴⁽¹⁹⁾.

As DNT que ocasionam maiores problemas em termos de morbilidade 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 MSAS⁷⁽¹⁰⁾, 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 período⁹⁽²²⁾. Já no Domínio SSR, exemplo para o PAV, conforme MICS citado por MS¹⁰⁽²⁰⁾, 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”¹¹⁽¹⁸⁾, além disso, o último caso de sarampo registado ocorreu em 1994¹¹⁽¹⁸⁾.

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 casos¹⁰⁽³⁹⁾. De acordo com a mesma fonte, a taxa de detecção situa-se em 79%, e de sucesso terapêutico, em 71% em 2011¹⁰⁽³⁹⁾.

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 2017¹¹⁽¹⁷⁾.

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 MS¹¹⁽¹⁷⁾ 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 vacinação¹⁰⁽²⁰⁾. 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”¹⁰⁽⁴²⁾. Outrossim, eliminar o paludismo em todo o país até 2025 e evitar a sua reintrodução¹⁰⁽⁴¹⁾.

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^{viii}” 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 71ª 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 outros¹².”

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 insuficientes¹².

4.1. Organização do Serviço Nacional de Saúde Contexto Atual

O MSAS⁷⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾ 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 saúde⁷⁽⁵¹⁻⁵²⁾. [...]. 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 MSAS⁷⁽⁵³⁾, 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)¹³⁽⁴⁷⁾. 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) (Ibidem).

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 Hospitalar¹³⁽⁴⁸⁾ 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

Direção dos Cuidados de Saúde (DCS) é responsável pelos seguintes serviços:	Centro Nacional de Endemias (CNE), é responsável pelos seguintes serviços:
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 MS¹¹⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ 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 (helminthíases 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 MSAS¹³⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, 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 MSAS⁷⁽²⁹⁾, 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 MS¹⁰⁽⁷⁸⁾, os recursos humanos correspondem à espinha dorsal do sistema nacional de saúde.

Particularmente, para o MS¹⁴⁽¹⁴⁾, 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 MS¹⁴⁽¹⁸⁾, acordos entre o Estado Santomense e as diferentes instituições académicas 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 salário¹⁴⁽¹⁸⁾.

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 1994¹¹⁽¹⁸⁾. 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.
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
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
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
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

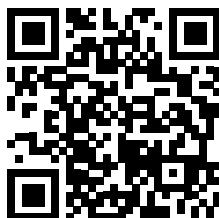
12. São Tomé e Príncipe. Discurso da Ministra da Saúde - Maria de Jesus Trovoada dos Santos na 71 Assembleia Mundial da Saúde. Realizado aos 21-26 de maio. Genebra; 2018.

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

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

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO TIMOR-LESTE DESDE A INDEPENDÊNCIA

João Soares Martins¹

Introdução

O Timor-Leste foi uma ex-colônia de Portugal desde o século XVI até 1975, e foi anexada pela sua vizinha Indonésia em 1975, posteriormente ocupando o território desde então até 1999. O Timor-Leste ocupou metade da ilha do Timor, com o tamanho de 14.610 quilômetros quadrados. O território está dividido em 12 municípios e 1 Enclave da Região Autônoma Especial de Oecussi. Atualmente, a população do Timor-Leste tem cerca de 1,3 milhão de habitantes.

Após a Revolução dos Cravos, que derrubou o regime do ditador Salazar em 25 de abril de 1974, o governo português deu início à política de descolonização das suas colônias em África e no Timor Português. Em resposta a essa nova situação política, houve cinco partidos políticos locais estabelecidos no Timor Português, que eram: a União Democrática Timorense (UDT), a favor de uma associação continuada com Portugal; a Associação Social Democrática Timorense (ASDT), que mais tarde se transformou na Frente Revolucionária Timor-Leste Independente (Fretilin), propondo a independência total do Timor; a Associação Popular Democrática Popular (Apodeti), favorecendo a Integração com a Indonésia; e o Klibur Oan Timur Aswain (Kota) e o Partido Trabalhista (PT) timorense. Entre estes cinco partidos políticos, a Fretilin e a UDT tiveram um apoio mais forte do povo timorense em comparação com os outros três. Devido às diferenças ideológicas e às diferentes opções políticas escolhidas por cada partido, a UDT e a Fretilin entraram em confronto e mergulharam o Timor em uma breve guerra civil entre agosto e outubro de 1975. A UDT, a Apodeti e mais dois partidos menores foram expulsos do Timor-Leste e fugiram pela fronteira para o Timor Ocidental, procurando o apoio militar da Indonésia. Uma vez que a Fretilin controlava quase todo o território do Timor Português, o inevitável avanço dos militares indonésios e dos seus aliados timorenses desde a fronteira forçou o partido a declarar unilateralmente a Independência do Timor-Leste em 28 de novembro de 1975, nomeando o país como República Democrática de Timor-Leste (RDTL). Em retaliação, as facções beligerantes lideradas pela Apodeti, UDT, Kota e PT assinaram a Proclamação de Balibo em 30 de novembro de 1975 para integrar oficialmente o Timor Português na República da Indonésia. Como resultado desses acontecimentos dramáticos, em 7 de dezembro de 1975, os militares indonésios lançaram uma invasão em grande escala sobre a capital do novo país independente RDTL, Dili^{1,2}. Isso levou à guerra entre a resistência do Timor-Leste, comandada pelo Partido Fretilin, contra a poderosa Indonésia de 1975 a 1999. Com base no Acordo Tripartido que aconteceu em Nova York em 5 de maio de 1999 entre a Indonésia, Portugal e a Organização das Nações Unidas (ONU), um Referendo organizado pela ONU foi realizado em 30 de agosto de 1999 para escolher ou rejeitar a ampla autonomia oferecida pela Indonésia;

o resultado mostrou que a maioria dos timorenses rejeitou a autonomia, o que abriu caminho para a Independência do Timor-Leste. O país passou por um período de transição sob a ONU de 1999 a 2002, e em 20 de maio de 2002, o Timor-Leste restaurou a sua independência, tornando-se uma nação independente³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi a primeira conquista histórica adotada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata (agora, Almaty), República Socialista Soviética do Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978, com o objetivo principal de alcançar saúde para todos até o ano 2000. Na altura em que foi feita a Declaração de Alma-Ata, o Timor-Leste ainda não era um país independente. O ano de 1978 foi o da luta violenta entre as Forças de Ocupação da Indonésia e as Forças Armadas da Fretilin – as Falintil –, ano marcado por perda massiva de vidas da população timorense; e outra perda significativa foi a morte do Presidente Nicolau Lobato, em 31 de dezembro. A APS visava melhorar o estado de saúde das pessoas no mundo, entretanto, nesse ano em particular, a saúde do povo timorense foi privada e atingiu o ponto mais baixo marcado pela perda de vidas devido à guerra de libertação, doenças e fome^{1,3}. Houve relatos afirmando que a Expectativa de Vida da população timorense em 1978 era de 30,8 anos.

Antes de explicar a implementação da APS no Timor-Leste, é importante descrever brevemente os serviços de saúde durante três períodos distintos: sistema de saúde sob a colonização portuguesa, sistema de saúde sob a Ocupação da Indonésia e sistema de saúde desde a Independência.

Sistema de saúde durante a colonização portuguesa e a Ocupação Indonésia

O Sistema de Saúde durante a colonização portuguesa seguiu o modelo de saúde de Portugal aplicado em suas colônias, inclusive para o Timor português. Existia um hospital localizado na capital Díli, precisamente em Lahane, por isso frequentemente referido como Hospital Lahane, sendo o seu nome verdadeiro Hospital Dr. António Carvalho. Havia Delegacias de Saúde em todos os municípios (Administração de Conselho) e um Hospital Rural para cada Conselho, que era chefiado por um médico e assistido por enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Em relação ao Posto Administrativo (subdistrito), existia um Posto Sanitário chefiado por uma enfermeira e auxiliares de enfermagem (serventes). As atividades realizadas centravam-se principalmente no atendimento curativo, mas algumas atividades de medicina preventiva também foram implementadas por meio de programas de vacinação, por exemplo, a vacinação BCG para a prevenção da tuberculose. Além disso, a Escola de Enfermagem Geral foi criada e ligada ao Hospital

Dr. António Carvalho, Lahane, durante a época portuguesa para formar timorenses nativos para se tornarem enfermeiros a fim de prestar serviços de saúde ao povo timorense.

Sobre o Sistema de Saúde sob a Ocupação Indonésia, como resultado da incorporação forçada por meios militares, o Timor-Leste foi transformado na 27ª Província da Indonésia, portanto, todo o sistema de administração, incluindo o sistema de saúde, seguiu o sistema Indonésio. Durante a administração indonésia, havia duas estruturas paralelas de saúde existentes em nível provincial; a Sede do Ministério da Saúde, conhecida como *Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Republik Indonesia Propinsi Timor-Timur*, que era responsabilidade direta do Ministério da Saúde em Jacarta; e a Divisão do Serviço de Saúde da Província de Timor-Leste, conhecida como *Dinas Kesehatan Tingkat I Propinsi Timor-Timur*, responsabilidade do Governador do Timor-Leste. Embora houvesse dois sistemas paralelos, eles trabalharam em coordenação. Havia 1 Hospital Provincial de nível C localizado em Díli (agora transformado em Hospital Nacional Guido Valarades – o melhor hospital de referência no Timor-Leste), 8 hospitais distritais localizados na capital de 8 distritos, bem como 67 Centros de Saúde Comunitários (CHC) e 309 Postos de Saúde (PH). Em todos os estabelecimentos de saúde, sempre se acompanhava também a construção de alojamentos para médicos, enfermeiras e parteiras. Além disso, havia um hospital militar que prestava serviços de saúde a militares e suas famílias. Eram 31 clínicas pertencentes à Igreja Católica que faziam parte da rede de saúde da província de Timor-Leste.

No âmbito da Divisão de Serviços de Saúde (DHS) em nível provincial, havia o Gabinete Distrital de Saúde em nível distrital e CHC em nível subdistrital e Sub-CHC localizados em nível de Suco. Para além disso, dispunham de Posto de Prestação Integrada de Serviços (Posyandu) em nível de Suco e Aldeia. O serviço de APS durante a ocupação da Indonésia tinha oito programas básicos de saúde que foram implementados nos CHC, Sub-CHC e Posyand. Esses oito programas derivavam dos serviços mínimos de saúde da APS conforme acordado na Declaração de Alma-Ata, que incluía: educação em saúde; promoção do abastecimento alimentar e nutrição adequada; abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; atenção à saúde materno-infantil, planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas localmente; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais.

Apesar do investimento no setor de saúde durante o período de ocupação, o estado de saúde da população do Timor-Leste permaneceu baixo em comparação com outras províncias da Indonésia. A expectativa de vida dos timorenses era de 56,5 (55 anos para homens e 58 anos para mulheres), a taxa de mortalidade infantil era de 85/mil nascidos vivos, e a mortalidade de menores de 5 anos era de 124/mil nascidos vivos. A

taxa de alfabetização era de 50%, e a proporção de pessoas que viviam abaixo da linha da pobreza era de 36%. O Timor-Leste tinha o PIB per capita regional mais baixo⁴. Apesar de usar a APS como base para o sistema de saúde, revelou-se alguma ineficiência, em parte devido à administração multinível (provincial e uma linha direta a nível nacional) e excesso de pessoal.

Durante a ocupação indonésia, aproximadamente 3.540 funcionários da saúde foram empregados no setor de saúde do governo, e mil funcionários, desse total, eram funcionários não técnicos e de apoio administrativo. Existiam também duas escolas de enfermagem equivalentes ao nível mais avançado do Ensino Secundário estabelecidas no Timor-Leste, uma em Díli e a outra em Baucau. A maior parte da força de trabalho atual da área de saúde, especialmente enfermeiras e parteiras, advém dessas escolas de enfermagem. O governo indonésio também enviou estudantes timorenses para estudar medicina em universidades indonésias, e, no fim da ocupação da Indonésia, haviam sido produzidos cerca de 25 médicos timorenses.

Nota-se que alguns desses médicos, em conjunto com outros profissionais de saúde, como enfermeiras e parteiras, tornaram-se atores-chave no estabelecimento do sistema de saúde timorense desde o pós-referendo até a presente data, obviamente com a assistência de parceiros de desenvolvimento e conselheiros internacionais.

Serviços de Atenção Primária à Saúde durante o Período de Emergência da Untaet (1999-2002)

Após a votação para a Independência e na sequência da destruição e violência organizada, uma Força Internacional para o Timor-Leste (Interfet) liderada pela Austrália foi enviada ao Timor-Leste na terceira semana de setembro de 1999³. Como resultado disso, organizações de ajuda humanitária começaram a chegar ao país, incluindo ONG internacionais especializadas em resposta a emergências, como *Médicins Sans Frontières* (MSF), Comitê Internacional da Cruz Vermelha (ICRC), Merlin e muitos outros. Agências da ONU como a OMS e a Unicef também agiram rapidamente para estabelecer seus escritórios no Timor-Leste. Havia mais de 20 ONG internacionais envolvidas na prestação de serviços de saúde no Timor-Leste durante o período das Nações Unidas para o Timor-Leste (Untaet) de 1999 a 2002. Cada distrito tinha pelo menos uma ONG internacional que prestava serviços de saúde. As ONG envolvidas na prestação de serviços de saúde no Timor-Leste foram financiadas diretamente pelo Gabinete de Coordenação dos Assuntos Humanitários das Nações Unidas (Ocha) e pelo Gabinete de Ajuda Humanitária da Comissão Europeia (Echo). O financiamento das ONG do Ocha e do Echo foram posteriormente assumidos pelo Fundo Fiduciário para o Timor-Leste (TFET) em

meados de 2000 até ao final de 2001. Havia uma reunião regular de coordenação de saúde inicialmente realizada por semana e, posteriormente, por mês com o objetivo de garantir que os serviços de saúde fossem prestados à população em todo o país. No final de 2001, algumas ONG internacionais deixaram o Timor-Leste por três motivos principais: a situação não era mais considerada uma emergência; o vencimento do financiamento; e a estratégia de eliminação gradual introduzida pelo então recentemente instalado Ministério da Saúde. No entanto, algumas ONG optaram por continuar as suas operações, e o seu financiamento foi assumido pelo TFET^{5,6}.

As ONG internacionais que forneciam serviços básicos de saúde no Timor-Leste entre 1999 e 2001 foram *World Vision International*, CIC/ASP, ICRC, MSF-Bélgica, Médicos Alemães para o Desenvolvimento, MSF-Bélgica, MSF-Holanda, JRS, Health Net International, MDM-França, ICRC, Assistência Médica Internacional-Portugal, *Aide Médicale International France*, Merlin, IRC ICRC, Assistência Médica Internacional-Portugal, MSF-Holanda, OIKOS, IRC, Serviço de Saúde na Ásia e Regiões Africanas e muitas outras^{5,7}.

A criação do Ministério da Saúde do Timor-Leste

O Ministério da Saúde do Timor-Leste foi oficialmente estabelecido em 20 de setembro de 2001 durante o segundo Governo de Transição sob a Administração Transitória das Untaet. Antes da existência do Ministério da Saúde, os Grupos Profissionais de Saúde do Timor-Leste contavam com profissionais de saúde de diversas origens e formações – nomeadamente, a Associação Médica do Timor-Leste, a Associação de Enfermeiros do Timor-Leste e a Associação de Parteiras de Timor-Leste formaram o Grupo de Trabalho Profissional de Saúde do Timor-Leste (ETHPWG) em dezembro de 1999. O ETPHWG colaborou com a OMS, Unicef e ONG na prestação de cuidados de saúde ao povo de Timor-Leste de 1999 a 2000⁸ e provou ser fundamental para facilitar o desenvolvimento do setor da saúde, especialmente quando comparado a outros setores⁵. A OMS forneceu um papel técnico de aconselhamento e apoio para o restabelecimento de um sistema de saúde funcional e sustentável para o Timor-Leste. Nos estágios iniciais do pós-referendo, a OMS e o Unicef atuaram como uma “autoridade encarregada da saúde” temporária e eram responsáveis pela coordenação geral no direcionamento das intervenções de saúde naquele período⁹. A Untaet estabeleceu a Autoridade Interina de Saúde (IHA) em fevereiro de 2000, a qual foi codirigida pelo Dr. Sergio Lobo (cirurgião timorense) e o Dr. Jim Tulloch (Conselheiro Sênior Internacional de Saúde, Untaet). A IHA era composta por 23 pessoas, incluindo 16 timorenses advindos do ETPHWG e 7 funcionários internacionais⁵. A IHA assumiu a “autoridade” e o papel de coordenação da OMS e do Unicef. Com a assistência da Untaet, das agências da ONU e das ONG, a IHA

desenvolveu um padrão mínimo de prestação de cuidados de saúde durante esse período. O primeiro Governo de Transição da ONU foi formado em agosto de 2000, e a IHA foi transformada na DHS do Ministério de Assuntos Sociais. Em 20 de setembro de 2001, o segundo Governo de Transição foi formado, e a DHS tornou-se oficialmente o Ministério da Saúde. O Dr. Rui Maria de Araújo MPH foi nomeado Primeiro-Ministro da Saúde. O autor (JM) foi nomeado Vice-Ministro da Saúde de setembro de 2001 a maio de 2002.

Um breve resumo do Desenvolvimento do Sistema de Saúde e Implementação da Atenção Primária à Saúde no Timor-Leste desde a Independência até ao presente

Para começar, é importante citar a Constituição do Timor-Leste, que garante os direitos de todos os timorenses à saúde, conforme articulado nos art. 1 a 3 na seção 57: “Seção 57 (Saúde): 1) Toda pessoa tem direito à saúde e à assistência médica e o dever de protegê-los e promovê-los. 2) O Estado deve promover a criação de um serviço nacional de saúde universal e geral. O serviço nacional de saúde deve ser gratuito de acordo com as possibilidades do Estado e nos termos da lei. 3) O serviço nacional de saúde deve ter, tanto quanto possível, uma gestão participativa descentralizada”. A 57ª seção da Constituição do Timor-Leste serve como um guia para o desenvolvimento do sistema de saúde no país.

A extensa destruição da infraestrutura de saúde durante a violência pós-referendo em 1999 causou um colapso total do sistema de saúde, uma perda completa de todos os equipamentos e materiais de consumo e a saída de quase todo o pessoal sênior de saúde dos níveis central, distrital e subdistrital⁴, sendo os maiores desafios para o desenvolvimento do sistema de saúde no Timor-Leste.

O sistema de saúde de Timor-Leste foi desenhado com base na abordagem da APS. Isso foi ainda reforçado pela mensagem do carismático e (então) preso líder da resistência, Xanana Gusmão, para a abertura da Conferência de Planeamento Estratégico de Desenvolvimento para o Timor-Leste realizada em Melbourne, Austrália, em 5 de abril de 1999, conforme abaixo citado^{10,11}: “[...] Não caímos na tentação de construir e desenvolver hospitais modernos que são caros e nos quais apenas meia dúzia de pessoas se beneficiam de um bom tratamento. Vamos nos concentrar acima de tudo no planeamento de intensas campanhas de saneamento, prevenção e tratamento de epidemias e endemias para toda a população”. O processo de desenvolvimento do sistema de saúde começou antes mesmo do estabelecimento da IHA. Isso começou com o Banco Mundial liderando uma Missão de Avaliação Conjunta (JAM) para avaliar a destruição da infraestrutura do país, incluindo o setor de saúde, a fim de fazer recomendações para o desenvolvimento futuro^{4,12}.

As principais recomendações da JAM para o setor de saúde foram:

- Prioridades de reconstrução de curto prazo: isso incluía restaurar os serviços de saúde e reabilitar as unidades de saúde para permitir a prestação de serviços básicos de saúde;
- Desenvolvimento de um novo sistema de saúde: isso abrangia um levantamento das unidades de saúde, o desenvolvimento de uma base de dados para o pessoal de saúde, a revisão do sistema de saúde e o estabelecimento de um plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Governança transicional e recomendações de políticas: isso incluía o estabelecimento de uma autoridade central de saúde, empregar o pessoal de saúde existente, fornecer um serviço de saúde gratuito, desenvolver a estrutura de política de saúde e estratégias nacionais e coordenação e troca de informações.

O financiamento para a reconstrução global de todos os setores durante o período da Untaet foi proveniente do TFET, dos Fundos Consolidados para o Timor-Leste (CFET), da Echo e agências bilaterais e multilaterais. Para a reconstrução do setor de saúde, os fundos foram usados para restaurar os serviços de saúde, construir e reabilitar CHC e hospitais e desenvolver um novo sistema de saúde.

Após a Independência ter sido restaurada em 20 de maio de 2002, o Ministério da Saúde continuou o seu mandato de prestar serviços de saúde à população e desenvolveu e consolidou ainda mais o sistema de saúde timorense com ênfase nos serviços de APS. Para melhorar a prestação de serviços de saúde ao povo de Timor-Leste, em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Pacote Pasic de Serviços para Atenção Primária e Serviços Hospitalares.

Em 2007, o Novo Governo de Coalizão liderado pelo Primeiro-Ministro Xanana Gusmão foi empossado no Gabinete, o Ministério da Saúde lançou uma iniciativa chamada Serviço Integrado Saúde Comunitária (SISCa), com o objetivo de fornecer serviços de saúde, particularmente serviços de APS mais perto da comunidade. Os serviços do SISCa enfatizavam a liderança governamental forte, priorizando intervenções com boa relação custo-benefício, aprimorando o envolvimento da comunidade, fornecendo cuidados contínuos integrados no nível da comunidade, capacitando e equipando profissionais de saúde em todos os níveis de unidades de saúde e criando um sistema de *feedback*. O SISCa requer um trabalho colaborativo entre a comunidade e os trabalhadores de saúde nos centros de saúde. As atividades do SISCa são entregues por meio de seis Quadros¹³, que são compostos por:

Quadro 1: Cadastro

Quadro 2: Assistência nutricional e promoção da saúde infantil

Quadro 3: Saúde materna e planejamento familiar (espaçamento)

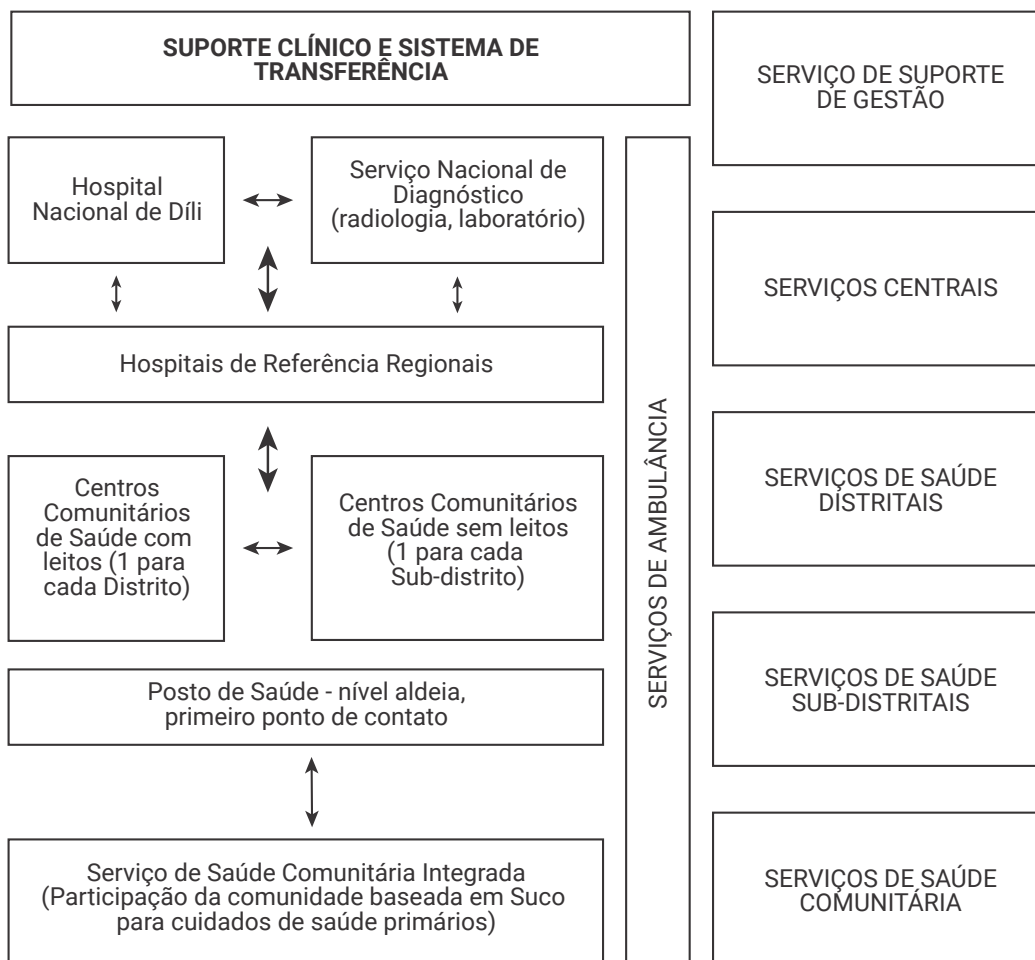
Quadro 4: Higiene, saneamento e prevenção da malária

Quadro 5: Atenção primária ambulatorial

Quadro 6: Atividades de promoção da saúde

O Ministério da Saúde do Timor-Leste desenvolveu o Plano Estratégico do Setor da Saúde 2008-2012. O foco principal desse plano está nas necessidades das mães, crianças e pobres, e no fortalecimento dos serviços de saúde, com ênfase na implementação de um Pacote de Serviços Básicos revisado para APS e Hospitais. Além disso, por envolver a comunidade nas atividades de saúde, o governo tem se concentrado no fortalecimento das atividades do SISCa. A Figura 1 ilustra a ligação entre as atividades do SISCa com o sistema de saúde mais amplo do Timor-Leste¹⁴.

Figura 1. Articulação entre ACS, SISCa e unidades de saúde



Em 2011, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano Estratégico Nacional do Setor da Saúde 2011-2030 como parte do Plano Estratégico de Desenvolvimento de Timor-Leste 2011-2030, estando claramente afirmado que os serviços APS são prestados por meio da estrutura dos Serviços Distritais de Saúde, nomeadamente a CHC, PH e atividades de extensão para atender às necessidades de saúde da população. Os serviços de APS abrangiam a gama de serviços definida no Pacote de Atendimento Básico (BSP) e incorporavam os serviços básicos de APS prestados por meio do SISCa¹⁵.

O Programa Saúde na Família (SnF) é um Pacote Integral de APS, lançado em abril de 2015, e foi inspirado nos valores da Declaração de Alma-Ata e combinado com a abordagem cubana de APS¹⁶. A missão do SnF no Timor-Leste é garantir cuidados básicos de saúde como cuidados de primeiro contato integrais e cuidados longitudinais de forma holística e a sua integração com outros níveis de cuidados de saúde. Indivíduos e membros da família são o centro do programa SnF, que é projetado para garantir:

1. Acessibilidade ao “atendimento de primeiro contato”
2. Continuidade para “cuidados longitudinais” de saúde (ao longo do ciclo de vida);
3. Atendimento holístico – atendimento integral e geral (atendimento personalizado) e;
4. Atenção integral – atenção integrada com outros níveis de atenção à saúde.

No programa SnF, a equipe de saúde deve realizar visita domiciliar para examinar clinicamente os indivíduos e/ou membros da família e categorizá-los em quatro grupos, a saber;

- Grupo I: Indivíduos aparentemente saudáveis;
- Grupo II: Indivíduos em situação de risco que podem desenvolver problemas de saúde devido à exposição ao risco em casa ou no trabalho;
- Grupo III: indivíduos com doenças crônicas, transmissíveis ou não transmissíveis e Desnutrição;
- Grupo IV: Inválido ou incapacitado (temporária ou permanentemente das capacidades motoras, funcionais, sensoriais ou mentais).

Em 2015, ainda, o Ministério da Saúde do Timor-Leste lançou os Serviços Integrais de APS. A APS no Timor-Leste tem os seguintes princípios: universalidade, integração, continuidade, equidade e igualdade. Neles, são especificadas as características da APS no Timor-Leste que se concentram na eficácia e segurança, com foco nas pessoas, integrada e abrangente, cuidados continuados e equipe de saúde receptiva.

Essa APS Integral apresentou quatro componentes principais: 1) Componente do programa da APS – isso cobre os principais programas: gestão de doenças comuns, promoção da saúde, educação em saúde e participação da comunidade, nutrição, saúde ambiental, saúde materna e reprodutiva, controle de doenças transmissíveis, controle

de doenças não transmissíveis, vigilância epidemiológica, saúde veterana, saúde escolar, saúde ocular, saúde bucal e fornecimento de medicamentos essenciais; 2) Componente de gestão da APS; 3) Componente de ética e controle de qualidade da APS; e 4) Componente de apoio à APS.

Nessa APS Integral, fazia-se referência às atividades de extensão da APS abrangendo o SISCa, visitas domiciliares, visitas escolares, ambulatório móvel e visitas especiais¹⁷. Portanto, basicamente, o programa SISCa e o programa SnF já estão contemplados neste serviço de APS Integral.

Conclusões

O Timor-Leste embarcou em uma longa jornada de desenvolvimento do seu sistema de saúde, que coloca muita ênfase na abordagem da Atenção Primária desde o período de colonização, período de ocupação até o período da Independência.

O surgimento de políticas fundamentais como o Pacote de Serviços Básicos de Atenção Básica e Hospitalar, os Serviços Integrados de Saúde Comunitária (SISCa), o Plano Estratégico Nacional do Setor de Saúde (NHSSP) 2011-2030, o SnF e o Pacote de Serviços Integrais de APS, em 2015, são extremamente importantes para implementar e fortalecer os serviços de APS no Timor-Leste.

Isso é importante para lembrar a todos os intervenientes estatais a terem uma visão de que o desenvolvimento do setor da saúde no Timor-Leste deve ver a saúde como um direito, e não como um luxo. Investir nos cuidados de saúde primários é fundamental para garantir o direito de todos os timorenses ao acesso à saúde.

Referências

1. Ramos-Horta J. FUNU: The Unfinished Saga of East Timor. Trenton, NJ: The Red Sea Press; 1987.
2. Pires ML. Descolonização de Timor Missão Impossível? Camoninhos da Memória. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1991.
3. Dunn, 2003
4. World Bank. A Framework for Reconstruction and Development. Joint Assessment Mission. Health and Education Background Paper. Washington, DC: The World Bank; 1999.
5. Tulloch J, Saadah F, Araújo RM, Jesus RP, Lobo S, Hemming I, et al. Initial steps in rebuilding the Health Sector in East Timor. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.

6. Alonso A, Brugha R. Rehabilitating the health system after conflict in East Timor: a shift from NGO to government leadership. *Health Policy Plan.* 2006;21(3):206-16.
7. Webster J, Lambo J. Evaluation of MERLIN's Programme in East Timor. Dili, Medical Emergency Relief International (Merlin); 2001.
8. Schoor VV. Reviving Health Care. In: Junne G, Verkoren W, editors. *Postconflict Development: Meeting New Challenges.* London: Lynne Rienner Publishers; 2005.
9. World Health Organization, 2001
10. Democratic Republic of Timor-Leste. Ministry of Health. Guiding Frame and Possible Areas of Intervention of National and International NGOs in the Second Phase of the Rehabilitation and Development of the Health System in East Timor. Dili, Ministry of Health, DRTL; 2002.
11. Banskota HK. An Overview of Health Issues in Timor-Leste. In: Earnest J, Beck M, Connell L, editors. *Rebuilding Education & Health in a Post Conflict Transition Nation: Case Studies from Timor-Leste.* Rotterdam: Sense Publisher; 2008.
12. Rolland K, Cliffe S. The East Timor Reconstruction Programme: Success, Problems and Trade-offs. World Bank Conflict Prevention and Reconstruction Unit Working Paper 2. Washington, DC, The World Bank; 2002.
13. Martins N, Trevena JT. Implementing what works: a case study of integrated primary health care revitalisation in Timor-Leste. *Asia Pac Fam Med.* 2014;13(1):5.
14. World Health Organization. WHO Country Cooperation Strategy 2009 – 2013 Timor-Leste. Timor-Leste: WHO; 2009.
15. Democratic Republic of Timor-Leste. Ministry of Health. National Health Sector Strategic Plan 2011-2030. Dili: Ministry of Health; 2011.
16. Mali MA, Royah A, Silva HJN, Gomes MC. Timor Leste's pathway to achieve Universal Health Access: Results and Challenges in Family Health (Saúde na Família) Implementation. Universitas Gajah Mada, Indonesia; 2019.
17. Democratic Republic of Timor-Leste. Ministry of Health. Comprehensive Service Package for Primary Health Care, Timor-Leste. Dili: Ministry of Health; 2015.

DE ALMA-ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Fernando Passos Cupertino de Barros¹

Filomena Martins Pereira²

Paulo Ferrinho³

1. MD, MSc, MA, PhD. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Brasil). Coordenador técnico e assessor de relações internacionais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-7973>.

2. MS, PhD. Professora Catedrática de Clínica das Doenças Tropicais. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (Portugal). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3421-7833>

3. MBChB, DTM&H, MSc, MMed, PhD, DrHC. Professor Catedrático de Saúde Internacional. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (Portugal). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

A forma pela qual os Estados respondem aos desafios colocados pela saúde dos seus cidadãos é influenciada por diferentes fatores. Dentre eles, destacam-se: a capacidade econômica; a coesão; o grau de confiança da população em seus serviços de saúde; a capacidade instalada em termos de infraestruturas, tecnologias e recursos humanos nas dimensões da formação, gestão, investigação e prestação de cuidados; e a capacidade de mobilização social, fatores culturais e sistemas políticos.

Essas respostas estão geralmente centradas em um discurso de universalidade e de primazia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O discurso da universalidade encobre grandes diferenças que, de forma simples, podem ser agrupadas entre os que defendem sistemas de saúde universais e os que associam a universalidade ao acesso a cuidados de saúde, muitas vezes deixando por esclarecer a que cuidados de saúde se refere essa pretensa universalidade do acesso^{1,2}.

O discurso dos CSP oculta um litígio antigo entre os que defendem CSP holísticos e abrangentes e os que promovem CSP específicos e mais restritos³. Em geral, os países de maior dependência econômica externa tendem a adotar as recomendações de organismos internacionais em favor de CSP ditos seletivos. Brasil e Portugal são exemplos bem eloquentes de CSP holísticos, enquanto a grande maioria dos países africanos, ainda que inicialmente orientados pelos postulados de Alma-Ata, sofreram as limitações acima referidas.

Essas tensões entre diferentes versões do discurso da universalidade e dos CSP estão bem ilustradas pelas narrativas que se podem extrair das declarações sobre os CSP explicitadas em Alma-Ata, em 1978, e em Astana, 40 anos depois⁴.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, ocorrida em Alma-Ata, em setembro de 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef), lançou o desafio de se adotarem mudanças profundas de modo a atingir a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. As bases da Atenção Primária à Saúde (APS), ou CSP, tal como se expressou em Alma-Ata, são uma abordagem integradora, articuladora, sistêmica. Entretanto, essa proposta inovadora não foi bem digerida por organizações multilaterais, especialmente a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e até mesmo o Unicef, que cerca de dois anos depois já estavam articulados em torno de tentativas para circunscrever o espectro de abrangência dos CSP a uns poucos procedimentos ou ações que tinham por alvo apenas grupos populacionais mais vulneráveis, o que passou a ser referido por alguns autores como APS Seletiva^{4,5}.

Na América Latina, por excelência, foram muito evidentes os reflexos negativos decorrentes da APS Seletiva preconizada pelos organismos financeiros internacionais, como refere Mário Testa, o que a transformou em uma atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria para populações pobres⁶.

Desde meados da década de 1990, organismos financeiros internacionais, em especial o Banco Mundial, assumiram nitidamente uma posição contrária à universalidade dos sistemas de saúde, propondo um conjunto de redes de proteção social e de focalização dos serviços públicos básicos, reiterando a participação do mercado privado na questão social, repetindo a rejeição do princípio de solidariedade no financiamento de políticas sociais. A agenda do Banco Mundial para reformas no setor da saúde não se modificou de modo substancial ao longo dos anos e defende, entre outras coisas: o fortalecimento do papel do Estado como agente regulador; a introdução da competição entre os prestadores de serviços públicos e/ou privados de saúde; a construção de iniciativas estatais de subsídios e incentivos – sobretudo fiscais –, para as ofertas e as demandas dos sistemas de saúde privados; as privatizações dos serviços de saúde; e a focalização dos serviços públicos de saúde dirigidos aos mais pobres^{3,4}. Em resumo, propõe que o Estado tenha sistemas para pobres e, o que é pior, que o acesso à saúde se dê em função da capacidade de pagamento das pessoas, e não pela garantia de um direito humano indisponível. A esse propósito, salienta Paim:

A experiência histórica aponta que um sistema de saúde voltado exclusivamente para os pobres tende a ser um sistema pobre, com financiamento reduzido, uma vez que o poder de vocalização política dos mais pobres é menor do que o dos trabalhadores e o da classe média.⁷

Apesar disso, na chamada Carta de Lubiana, de 1996, a OMS adotou um elenco de princípios para a construção da base dos CSP. O documento propõe que os sistemas de atenção à saúde devem ter por base os valores de respeito à dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; voltados à proteção e à promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos tenham influência sobre os serviços de saúde e assumam responsabilidade sobre a sua própria saúde; dirigidos para a qualidade, inclusive nos aspectos de custo-efetividade; corretamente financiados, a fim de permitir o acesso de todos os cidadãos a todos os cuidados necessários; orientados para os CSP, de forma que os serviços de saúde, em todos os níveis, protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem doenças, reabilitem doentes e acompanhem os doentes terminais. Devem reforçar a participação do doente no processo de decisão e promover a continuidade de cuidados nos seus meios culturais específicos.

Pouco tempo depois, entretanto, a OMS mudou sua posição adotando o que seu Relatório Mundial de Saúde 2000 chama de “novo universalismo”, definindo-o não “como todos os cuidados possíveis para todos, ou apenas os cuidados mais simples e básicos para os pobres”, mas, sim, como:

[...] a entrega a todos dos cuidados essenciais de alta qualidade, definidos principalmente por critérios de eficácia, custo e aceitabilidade social. Isso implica a escolha explícita de prioridades entre as intervenções, respeitando o princípio ético daquilo que pode ser necessário e eficiente na racionalização dos serviços, mas sendo inadmissível excluir grupos inteiros da população.⁸⁽¹³⁾

Para tanto, exige-se “[...] a transformação de economias centralmente planejadas para economias orientadas para o mercado, redução da intervenção estatal nas economias nacionais, menos controles governamentais e mais descentralização”. Ideologicamente, essa mudança “significava maior ênfase na escolha e responsabilidade individual. Politicamente, significou limitar promessas e expectativas sobre o que os governos devem fazer⁸⁽¹⁴⁾”.

Nas celebrações dos 40 anos da conferência de Alma-Ata, realizou-se a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, em Astana, no Cazaquistão – na verdade, a mesma Alma-Ata agora com outro nome –, em outubro de 2018. Ali, entretanto, foi dada uma conotação bastante diversa dos elementos centrais extraídos da Declaração de Alma-Ata. Não se insistiu mais, de modo enfático, sobre a responsabilidade dos Estados em garantir o direito à saúde nem se falou de sistemas públicos de acesso universal, mas, sim, de um novo conceito: o de cobertura universal em saúde, o que, para muitos estudiosos, representa uma redução de amplitude do direito à saúde⁹.

O novo universalismo, ou o novo conceito de “cobertura universal de saúde” (CUS), aponta que a garantia de acesso aos serviços de saúde não deve ser necessariamente uma prerrogativa do Estado, e que a expansão dos serviços de saúde viria a dar-se, também, pela via da proteção social mercantilizada, ou seja, pelo aumento substancial de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento.

Segundo Giovanella e colegas,

Para avançar no espírito de Alma-Ata, é preciso reconhecer os direitos sociais; afirmar o dever do Estado; a universalidade do acesso; a regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais. [...] Alma-Ata mobilizou e mobiliza corações e mentes em defesa do direito universal à saúde há mais de 40 anos. A Declaração de Astana terá a mesma força para orientar as transformações necessárias à consolidação desse direito?⁴

Ademais, ao transmutar o direito universal à saúde em direito à CUS, ocorre uma transposição de uma ordem política a outra, do direito à saúde para o direito à cober-

tura. Nesta, o conceito de direito à saúde, baseado no princípio igualitário de justiça social, que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado, correspondente a uma concepção de cidadania restrita da visão liberal¹⁰. Nesse sentido, a CUS se contrapõe ao espírito de Alma-Ata.

Vale ressaltar que a proposta de CUS não foi validada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que adotou a “Saúde Universal” como definida na Resolução CD53/5, de 2014, a qual tenta atender à solicitação dos países da América do Sul de incorporar, nesse tema, a garantia do direito à saúde e do acesso a serviços de saúde¹¹.

Ambas as interpretações de universalidade defendem que os CSP devem ser uma abordagem que alicerça e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção à saúde. Devem ser os ordenadores do percurso do paciente pelos diferentes serviços, de modo a satisfazer suas necessidades em saúde, tornando-se, por excelência, os cuidados de proximidade, o primeiro nível de atenção, a porta de entrada preferencial do paciente no sistema de saúde.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS ESTADOS MEMBROS DA CPLP

Em meio a esse cenário, fortalecer os CSP tem sido uma preocupação de muitos países, incluindo-se os Estados-Membros (EM) da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)¹². Alguns, por diferentes circunstâncias, têm logrado avançar de forma mais rápida e eficaz nesse intento, outros não.

Dispersos em quatro continentes, oito EM da CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), objeto do presente estudo, refletem a diversidade de realidades geográficas, político-administrativas, sociais e epidemiológicas em que os CSP evoluíramⁱ.

Após um longo período de discussões, foi possível incluir no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2018-2021)¹³, o fortalecimento dos CSP no âmbito dos países de língua portuguesa, graças à participação ativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (Conass), com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dos demais observadores consultivos da CPLP que integram sua Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional, contando ainda com o apoio do Fórum

i. A Guiné Equatorial também integra a CPLP, entretanto, não foi considerada no presente estudo por não haver suficientes relações institucionais e/ou com seus pesquisadores.

da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesaⁱⁱ. É importante referir que o mesmo documento reitera, em seu inciso 2.2.1, uma das linhas-mestras de Alma-Ata, ao enunciar a necessidade de que os EM disponham de “sistemas de saúde bem estruturados e fortalecidos como requisito imprescindível para poder atingir as metas de saúde propostas”¹³⁽⁵⁾. Recomenda, ainda, que “o fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde orientados pela universalidade, integralidade, equidade e qualidade” sejam objetivos específicos, com metas e indicadores bem estabelecidos, entre as quais se encontra “o percentual de cobertura pelos cuidados de saúde primários”¹³⁽⁵⁻⁶⁾. Na consecução de tais objetivos, o documento discorre, no inciso 2.2.1.2, sobre a necessidade da cooperação bi e/ou multilateral para o reforço dos modelos de CSP, de forma a garantir seu acesso universal, para cuja implementação deverão entender-se “as estruturas centrais dos Ministérios da Saúde, o Fórum da Sociedade Civil da CPLP e a Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar dos Observadores Consultivos da CPLP”¹³⁽⁶⁾.

No intuito de contribuir para o cumprimento de tais diretivas, o IHMT NOVA promoveu um seminário internacional, que decorreu nos dias 11, 12 e 15 de outubro de 2021, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre como se estruturaram os CSP ao longo do tempo e as capacidades dos EM da CPLP. Além disso, possibilitou reafirmar o reconhecimento da importância do tema pelo Secretariado Executivo da CPLP (capítulo 1) e conhecer as estratégias adotadas, para permitir o seu fortalecimento e a articulação com os demais níveis de atenção à saúde, os avanços alcançados e os desafios que ainda devem ser transpostos. Para tal, foram convidados especialistas de oito países – Angola (capítulo 2), Brasil (capítulo 3), Cabo Verde (capítulo 4), Guiné-Bissau (capítulo 5), São Tomé e Príncipe (capítulo 6) e Timor-Leste (capítulo 7) –, que expuseram o tema relativo aos seus respectivos países, seguindo-se o debate com os participantes, por via remota. Não foi possível obter os contributos dos apresentadores de Moçambique e Portugal para inseri-los como capítulos independentes, pelo que apresentamos a seguir uma sùmula dos principais aspectos referidos.

A apresentação de Moçambiqueⁱⁱⁱ reflete a construção de um sistema de saúde a partir do pouco que foi deixado pela potência colonial na altura da independência. Com

ii. Essa Comissão é composta, atualmente, pelas seguintes instituições: Assistência Médica Internacional – AMI; Associação de Reguladores de Comunicações e Telecomunicações da CPLP – ARCTEL-CPLP; Associação “Abraço” (Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA); Associação Saúde em Português; Comunidade Médica de Língua Portuguesa; Conass; Fórum das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha de Língua Portuguesa; Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação Eduardo dos Santos – FESA; Fiocruz; IHMT NOVA; Instituto Marquês de “Valle Flôr”; Médicos do Mundo Portugal; União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa – UCCLA; União das Misericórdias Portuguesas; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; Liga Africana; Serviço de Utilização Comum dos Hospitais – SUCH.

iii. Texto com base na apresentação feita pelo Professor Doutor Martinho Dgdge, complementado com os textos referenciados. Ver também: Garrido PI. Health, development, and institutional factors: The Mozambique case. WIDER Working Paper 2020/131. Helsinki: UNU-WIDER, 2020. ISBN 978-92-9256-888-7. doi: 10.35188/UNU-WIDER/2020/888-7.

uma população de 10 milhões de habitantes, tinha menos de 400 unidades sanitárias e uma força de trabalho em saúde de cerca de 2 mil trabalhadores, e pouco diferenciada. Nacionalizou-se então a medicina privada; estratificou-se a organização dos serviços de saúde, dando prioridade aos mais próximos das populações; expandiram-se a rede sanitária e os recursos humanos da saúde: em 1979, as unidades sanitárias tinham aumentado seu número para cerca de mil; e a força de trabalho, para cerca de 12 mil trabalhadores. Investiu-se fortemente em campanhas de vacinação de abrangência nacional e na saúde ambiental. O envolvimento comunitário foi encorajado desde a primeira hora com a escolha de Agentes Polivalentes Elementares (APE) pela comunidade, prestando serviços voluntários de promoção da saúde e prevenção da doença. Em 1977, introduziu-se legislação que garantiu que, até hoje, o acesso aos cuidados de saúde a todos os níveis é tendencialmente gratuito.

Em 1978, o ministro da saúde de Moçambique foi dos primeiros palestrantes na Conferência de Alma-Ata, apresentando ali os grandes ganhos em saúde conseguidos pelo país, mesmo com os seus escassos recursos. Moçambique abraçou a Declaração e comprometeu-se a continuar com a sua implementação.

Ao longo dos anos, reforçou a rede sanitária; expandiu a formação de quadros em todos os níveis; desenvolveu uma política nacional de saúde e produziu várias edições de planos estratégicos para o setor da saúde e para a sua força de trabalho.

O país tem hoje três subsistemas de saúde: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), público; o privado lucrativo (reintroduzido em 1992) e não lucrativo; e o comunitário, público e privado.

O SNS tem quatro níveis: o primário, com vários tipos de centros de saúde com e sem maternidade; o secundário, com hospitais rurais, distritais ou gerais; o terciário, com hospitais provinciais; e o quaternário, com hospitais nacionais. Decorre neste momento a integração gradual dos níveis primário e secundário, eventualmente deixando o SNS com 3 níveis. Entre 1977 e 2017, o número de centros e postos de saúde aumentou de 708 para 2017; de unidades do nível secundário, de 25 para 51; os hospitais provinciais mantiveram-se em 7; os hospitais centrais aumentaram de 3 para 4. Além disso, o SNS cobre 60% da população, hoje (dados de 2020) estimada em 30 milhões; o número de habitantes por unidade sanitária é de 17.514 e, por técnico de saúde, de 32.035; existem 8,8 médicos e 28,6 enfermeiros por 100 mil habitantes; para cada 100 mil mulheres e crianças, há 53,5 enfermeiras de saúde materno-infantil. Estes indicadores de recursos humanos são dos mais deficitários no mundo e refletem não a incapacidade de produzir a sua própria força de trabalho, mas nomeadamente a incapacidade financeira do Estado para os recrutar. Quarenta e quatro por cento dos técnicos de saúde estão em

unidades de saúde do nível primário (correspondendo a 96% das infraestruturas de saúde), onde ocorrem 86% das consultas em ambulatório, e 79% dos partos. A distribuição dos técnicos de saúde pelas unidades de saúde primárias é muito desigual, refletindo essencialmente o déficit significativo de unidades sanitárias nas quatro províncias do centro e do norte – Tete, Nampula, Zambézia e Cabo Delgado, o que está a ser gradualmente corrigido no âmbito de projetos financiados por parceiros internacionais.

Perante esses constrangimentos, Moçambique participou ativamente da conferência de Astana e abraçou os princípios da CUS, desenvolvendo, recentemente, uma proposta de ‘Pacote Essencial de Cuidados de Saúde’ e identificando a expansão da rede de unidades sanitária privadas como uma oportunidade para atingir a CUS. Outras oportunidades identificadas para reforçar o seu sistema de CSP implicam a revitalização do programa dos APE e o reforço do subsistema de saúde comunitário; o investimento nas aplicações sanitárias das tecnologias de informação e comunicação; a melhoria da logística do sistema de saúde e o desenvolvimento de capacidade local de produção de medicamentos, consumíveis e suplementos. A grande preocupação mantém-se com a introdução de mecanismos de financiamento sustentáveis e que não agravem as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

A experiência de Portugal^{iv} apresentada foi muito centrada na evolução dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), reconhecendo-os como um elemento importante dos CSP, mas ficando aquém da abrangência desse conceito. Os CPS em Portugal evoluíram a partir dos “partidos médicos municipais” pelo menos desde o século XVI, mas ganhando força de lei no último quartel do século XIX, quando se torna obrigatória a contratação de médicos pelas câmaras municipais a fim de assistirem gratuitamente os menos favorecidos. Esse sistema persistiu na Primeira República e durante as quatro primeiras décadas do Estado Novo¹⁴.

Com a industrialização, a partir de meados do século XX, apareceram as Caixas de Previdência, serviços médico-sociais de natureza bismarckiana, que funcionavam como consultórios em postos de saúde dirigidos inicialmente a trabalhadores industriais, depois alargados aos funcionários de diversos serviços, incluindo funcionários públicos, sendo progressivamente expandidos aos agricultores.

O primeiro importante momento de reforma dos CPS decorre entre 1971 e 1984, quando os CPS (das caixas de previdência) passam a existir inicialmente em paralelo

iv. Texto com base na apresentação feita pelo Professor Doutor António Correia de Campos complementado com os textos referenciados. O conferencista insistiu diversas vezes nessa diferenciação entre CPS e CSP, alinhando-se assim com outros autores.

Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392:146-1472.

Awofeso N. What is the difference between ‘primary care’ and ‘primary healthcare’? *Quality in Primary Care*. 2004;12:93-94.

com os serviços dos centros de saúde de primeira geração (orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença) criados pela reforma de 1971. Em 1978, o “Despacho Arnaut” do ministro da saúde, de mesmo nome, constitui uma verdadeira antecipação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), abrindo o acesso aos serviços médico-sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Garantem-se assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a coparticipação na aquisição de medicamentos. A carreira médica de Clínica Geral surge em 1982. Os centros de saúde de segunda geração surgem em 1983, após a criação do SNS, sendo denominados de Centros de Saúde Integrados; e resultaram da integração dos serviços médico-sociais das Caixas de Previdência, dos centros de saúde de primeira geração e hospitais concelhios.

Em 1996 e 1997, surgem, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, os Projetos Alfa1 que, associados ao regime remuneratório experimental de 1998, visavam estimular soluções organizativas inovadoras dos CPS, a partir da iniciativa dos próprios profissionais de saúde, que permitissem aproveitar melhor a capacidade e os meios existentes nos centros de saúde. Essas experiências organizativas levaram aos centros de saúde de terceira geração: criados legalmente em 1999, teriam tido personalidade jurídica, autonomia técnica, administrativa e financeira, bem como integrado equipes multiprofissionais em unidades tecnicamente autônomas, mas interligadas, dirigidas por uma direção técnica e clínica; contudo, nunca chegaram a ser implementados em razão da queda do governo. Só em 2005 surge a oportunidade para a última grande reforma dos CPS. O governo de então reconfirmou que os CSP são “o pilar central do sistema de saúde, em que o Centro de Saúde constitui a entidade enquadradora das Unidades de Saúde Familiares”. Tal reforma reconfigurou os centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por várias equipes multidisciplinares, organizadas em unidades funcionais, com autonomia organizativa e técnica, garantindo-se a intercooperação entre as diversas unidades. Essas unidades funcionais incluem, entre outras, Unidades de Saúde Familiar (USF), prestando cuidados personalizados à pessoa e à família por equipes organizadas voluntariamente, integrando médicos enfermeiros e funcionários administrativos, com autonomia funcional e técnica, podendo contratualizar objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e garantindo aos cidadãos uma carteira básica de serviços. Atualmente, existem dois tipos de USF (A e B) – a sua diferenciação diz respeito ao grau de autonomia organizacional e da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais. A adesão à reforma não tem sido uniforme no território nacional, criando alguma desigualdade no acesso aos CSP disponibilizados aos cidadãos¹⁵⁻²¹.

ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO

Uma revisão das apresentações e das discussões associadas identifica um conjunto de semelhanças e diferenças que resistem à síntese fácil, mas contribuem com importantes temas que a seguir ressaltamos.

Em termos gerais, fica muito evidente que todos os países foram sensíveis aos postulados defendidos em Alma-Ata e procuraram adotar os caminhos ali traçados, na medida de seus meios e peculiaridades, muitas vezes à custa de grandes esforços.

Alguns aspectos merecem destaque por sua presença em quase todos eles, dentre os quais se destacam: a) a importância de atentar para o respeito às peculiaridades de cada país e aos aspectos culturais; b) a relevância de não perder de vista a saúde entendida como direito humano fundamental e indisponível; c) o envolvimento da comunidade; d) a importância da continuidade das políticas que permitam o progresso dos sistemas de saúde, e em que estejam assegurados os componentes de financiamento, planeamento, capacidade sanitária instalada, formação, retenção e educação permanente de recursos humanos em saúde; e) a necessidade de que existam CSP fortes e bem articulados com os cuidados especializados e hospitalares, nomeadamente importantes no enfrentamento das condições crônicas; f) a relevância das ações de educação em saúde e de comunicação social; g) o alerta de que, sem força de trabalho relevante, não há CSP e, ainda, que, sem investimentos funcionais ou estruturais adequados, os profissionais não podem ser efetivos e produzir impactos positivos à saúde da população; h) que, a depender do país, um novo componente da força de trabalho adquire especial importância: os trabalhadores de base comunitária (agentes de saúde, cuidadores informais), com atividades diversas nos diversos contextos nacionais – promotoras da saúde e prevenção, curativas e de primeiros socorros, cuidados continuados, cuidados paliativos – cuja atuação exige reconhecimento profissional e recompensa financeira adequada; i) o incremento e racionalização importante do número e natureza das unidades de saúde ao longo do tempo; j) o aumento de cobertura populacional pelos CSP e do acesso a medicamentos e outras tecnologias essenciais; k) a existência, em maior ou menor grau, de oferta de serviços por meio do setor privado, lucrativo e não lucrativo; l) a persistência de serviços nacionais de saúde tendencialmente gratuitos; m) a percepção, ainda majoritária, de que os CSP ocupam a base de uma estrutura piramidal e não usam posição central, na perspectiva de uma rede de assistencial; n) em todos os países, os CSP ainda são geralmente prestados por equipas multiprofissionais em que ou o médico ou o enfermeiro ocupam um papel central; o) as inequívocas vantagens da abordagem da saúde da família nos países que a adotaram, cujos bons resultados em termos de atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria de indicadores

estão já bem demonstrados pelas publicações existentes em diferentes países; p) a persistência da organização dos cuidados por meio de programas verticais, com diferente grau de integração nos serviços de saúde; q) as falhas de informação e as dificuldades financeiras e estruturais de alguns países que, não obstante, conseguiram avançar na organização dos CSP e na cobertura da população abrangida; r) a persistente fragilidade de todos os sistemas perante ameaças pandêmicas; s) o reconhecimento por todos da importância da cooperação internacional para o desenvolvimento dos CSP.

Alguns países, a despeito das dificuldades, ainda persistem fiéis aos fundamentos de Alma-Ata (nomeadamente, Brasil e Portugal), embora com adaptações circunstanciais. Timor-Leste, em que pese suas características singulares, parece ainda alinhar-se com os princípios de Alma-Ata. A alternância política na governação de Cabo Verde cria tensões entre os defensores de ambas as abordagens que procuram ocupar o palco central das políticas de saúde. Países como Moçambique, Guiné-Bissau, Angola e São Tomé e Príncipe, pela instabilidade e descontinuidade políticas e/ou pela dependência financeira externa, tendem muito mais para a noção de CUS. Possivelmente, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe nem consigam, verdadeiramente, aproximar-se de uma ou de outra. Dessa forma, os três primeiros perseguem a meta do acesso universal e do papel garantidor do Estado quanto ao direito à saúde; já os demais, ao relativizarem tais elementos, penalizam a população ao conferir à saúde um aspecto mercadológico. O PECS, como elemento estruturante da cooperação entre esses Estados, pode tornar-se em um elemento que reforce a tendência para a universalidade dos seus sistemas de saúde.

CONCLUSÕES

A despeito dos inequívocos avanços já alcançados, restam desafios importantes a serem transpostos, aos quais se somam aqueles advindos com a pandemia da covid-19 e suas consequências. Além disso, resta saber que caminho os países irão adotar quanto a perseverar na proposta socialmente mais ampla e generosa de Alma-Ata, ou naquela mais restritiva e de visão mais preocupada com os aspectos financeiros, nascida de Astana. São visões diferentes que seguem a evolução do debate sobre a universalidade do direito à saúde e que merecem reflexão. No primeiro caso, deverá haver um fortalecimento dos sistemas de saúde universais, o que pressupõe um maior investimento do Estado e o necessário envolvimento da comunidade; no outro, os riscos de que o grau de saúde e bem-estar esteja cada vez mais associado à capacidade de pagar por ele.

É evidente a exigência da conjugação de investimentos estruturais (sistemas de informação, financiamento oriundo dos orçamentos públicos; boa capacidade gestora e reguladora dos Estados; rede assistencial com condições materiais adequadas) com a

formação, a retenção e a educação permanente dos recursos humanos em saúde. Cabe também referir que o intercâmbio, a partilha de conhecimentos e experiência, nomeadamente a utilização da telemedicina e o apoio mútuo entre os EM da CPLP e, até mesmo, dos países associados, têm grande relevância na perspectiva do desenvolvimento planejado dos sistemas nacionais de saúde e no incremento das ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e combate sistemático às desigualdades. Estas, como se sabe, têm forte impacto sobre o nível de saúde das pessoas e, consequentemente, sobre o funcionamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2022 fev 8];34(8):e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
2. Monteiro PJC. Bioética e saúde pública: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde [tese] [Internet]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2019 [citado 2022 fev 8]. Disponível em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/36152>
3. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94:1867-74
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. Cad. Saúde Pública. 2019;35(3):e00012219. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
5. Gava GB, Dias HMRO. A agenda de reformas para os sistemas de saúde: uma análise das propostas das agências internacionais. Obs Econ Latinoam [Internet]. 2020 [citado 2022 fev 8]. ISSN: 1696-8352. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/08/sistemas-saude.html>
6. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
7. Paim J. SUS só para mais pobres teria menos qualidade, diz especialista. Entrevista BBC News Brasil [Internet]. 2 jun. 2016 [citado 2022 fev 8]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36379869.amp>
8. World Health Organization. The World health report 2000: health systems: improving performance [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [citado 2022 fev 12]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *An Inst Hig Med Trop*. 2014;13:87-90.
10. Fundação Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde Debate*. 2018;42(n esp 1):434-51.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington DC: Opas; 2014. (CD53/5, Rev. 2).
12. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Painel [Internet]. [citado 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.cplp.org/>
13. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2018-2021) [Internet]. 2018 [citado 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2367.aspx>
14. Coelho JA. Facultativos dos Partidos Municipais: cuidados médicos prestados aos doentes pobres nos concelhos e nos hospitais. In: *Anais do 4. Encontro Internacional de História Colonial. Os prestadores de cuidados de saúde hospitalar em Portugal e no Brasil*. Chambouleyron R, Arenz K-H, organizadores. Belém: Editora Açaí, v. 15; 2014. p. 30-42.
15. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Van Lerberghe W, Ferrinho, P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Rev Port Med Geral Fam*. 2005;21(1):45-59.
16. Conceição C, Antunes AR, Lerberghe WV, Ferrinho P. As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até janeiro de 2000. *Rev Port Med Geral Fam*. 2003;19(3):227-236.
17. Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? *Rev Port Med Geral Fam*. 2002;18(2):89-96.
18. Conceição C, Gonçalves A, Blaise P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. A gestão do desempenho dos médicos de família no serviço nacional de saúde. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;19(1):15-23.
19. Conceição A, Gonçalves A, Craveiro I, Blaise P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Managing the performance of family physicians in the Portuguese National Health System. *Human Resources for Health Development Journal*. 2000;4(3):184-93.
20. Biscaia A, Nunes M, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. 2. ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora - Grande Prémio Fundação AstraZeneca; 2008.
21. Pisco L, Pinto LF. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Por-

tugal,1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1197-1204. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>

Os autores agradecem o apoio da Diretora Nacional de Saúde de Angola, Dra. Helga Freitas, e do Diretor do IHMT NOVA, Professor Doutor Filomeno Fortes. Agradecem, ainda, a participação da Ministra da Saúde de Angola, Dra. Sílvia Lutucuta; do Senhor Secretário Executivo da CPLP, Embaixador Zacarias Albano da Costa; e do Secretário Executivo do Conass, Dr. Jurandi Frutuoso, na sessão de abertura do seminário.

Apesar de contributos excelentes nas suas apresentações durante o seminário, não foi possível publicar os textos dos Professores António Correia de Campos, de Portugal, e Martinho Dgedge, de Moçambique. Suas apresentações podem ser visualizadas, respectivamente, pelos links: <https://youtu.be/jf1yixCHjtE> e <https://youtu.be/YEVB6inTXAw>.

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições de todo o mundo.
