



LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



Sistemas de Saúde nos Estados-membros da CPLP: 50 anos de desafios em permanente mutação

**Sistemas de Saúde nos Estados-membros
da CPLP: 50 anos de desafios em
permanente mutação**

**Sistemas de Saúde nos Estados-membros
da CPLP: 50 anos de desafios em
permanente mutação**

© 2025 – 1^a Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 12

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

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, abril de 2025.

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

S623 Sistemas de saúde nos estados-membros da CPLP [livro eletrônico]:
 50 anos de desafios em permanente mutação / Editores
 Científicos Fernando Passos Cupertino de Barros, Paulo Ferrinho.
 – Brasília, DF: Conass, 2025.
 246 p. – (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de
 Saúde; v. 12)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-43-0

1. Saúde pública. 2. Saúde – Planejamento – Países de língua
portuguesa. 3. Políticas de saúde. I. Barros, Fernando Passos
Cupertino. II. Ferrinho, Paulo.

CDD 362.1

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon	PB	Arimatheus Silva Reis
AL	Gustavo Pontes de Miranda	PE	Zilda do Rego Cavalcante
AM	Nayara de Oliveira Maksoud Moraes	PI	Antonio Luiz Soares Santos
AP	Nair Mota Dias	PR	Carlos Alberto Gebrim Preto
BA	Roberta Silva de C. Santana	RJ	Claudia Mello
CE	Tânia Mara Coelho	RN	Lyane Ramalho
DF	Lucilene Maria Florêncio de Queiroz	RO	Jefferson Ribeiro da Rocha
ES	Tyago Hoffmann	RR	Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO	Rasível dos Reis Santos Junior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Diogo Demarchi Silva
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Cláudio Mitidieri
MS	Maurício Simões Correia	SP	Eleuses Paiva
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Carlos Felinto Júnior
PA	Ivete Gadelha Vaz		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz (DF)

Região Nordeste

Tânia Mara Silva Coelho (CE)

Região Norte

Cecilia Lorenzon (RR)

Região Sudeste

Claudia Mello (RJ)

Região Sul

Diogo Demarchi Silva (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica Lima

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Bruno Idelfonso

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antonio 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

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

João Henrique Vogado Abrahão

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Maria do Rosário Martins (Subdiretora)

João Pinto (Subdiretor)

Teresa Pires (Administradora)

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

Celeste Figueiredo (Coordenadora)

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING

André Gonçalves

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

Antônio Carlos Rosa Júnior
Fernando Passos Cupertino de Barros
Jurandi Frutuoso Silva
Marcus Vinícius Carvalho
René José Moreira dos Santos
Rita Cataneli

IHMT

Isabel Craveiro
Paulo Ferrinho
Tiago Correia

EDITORES CIENTÍFICOS

Fernando Passos Cupertino de Barros
Paulo Ferrinho

EDITORA CIENTÍFICA EMÉRITA

Zulmira Hartz

EDITORES CONVIDADOS

António Pedro Delgado (Cabo Verde)
Luís Sambo (Angola)
Maria de Jesus Trovoada (São Tomé e Príncipe)
Maria do Rosário Oliveira Martins (Portugal)
Mouzinho Saíde (Moçambique)
Plácido Cardoso (Guiné-Bissau)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
Evolução dos indicadores de saúde nos países da CPLP nos 50 anos desde abril de 1974	16
<i>Maria Rosário Oliveira Martins</i>	
SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA: EVOLUÇÃO E DESAFIOS.....	44
<i>Luís Sambo, Raul Feio</i>	
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: IMPASSES E PROJETOS EM DISPUTA.....	70
<i>Jairnilson Silva Paim</i>	
A LUTA PELA SAÚDE EM CABO VERDE NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: EVOLUÇÃO E DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE	94
<i>António Pedro Delgado, Iolanda Estrela, José Silva Évora</i>	
A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: AVANÇOS E DESAFIOS	140
<i>Plácido Cardoso, Gizelo Mendonça, Paulo Ferrinho</i>	
MOÇAMBIQUE, DA INDEPENDÊNCIA À ATUALIDADE: POLÍTICA, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.....	172
<i>Mouzinho Saíde</i>	
A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS – A PRECARIDADE DAS VITÓRIAS ALCANÇADAS.....	206
<i>André Beja, Paulo Ferrinho</i>	
EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE: DO SISTEMA DAS ROÇAS À UNIVERSALIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	244
<i>Paulo Ferrinho, Abgracy Beatriz, Adjany Vera Cruz, Adosinda Pinho, Ailton Almeida, Alan Vera Cruz, Andreza Batista de Sousa, Arlécia Baía, Beatriz Soares Lima Vasconcelos, Ednilza Gomes de Barros, Eneida Marques Monte Verde, Eudes Santos, Delfina de Ceita Quaresma, Geremias Viegas, Hortência Maria dos Santos Dias, Isaulina Barreto, Jeryson Costa, Nelson Cravid do Sacramento, Kindia Smith Viana, Sydnei Carvalho, Vladimir Sousa, Yonelma Marques Daio, Maria de Jesus Trovoada</i>	
POSFÁCIO	276

LISTA DE SIGLAS

MAS	Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CE	Comissão Europeia
CECS	Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade
CEPEDOC	Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação
CIMETOX	Centro de Investigação e Informação de Medicamentos e Toxicologia
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPS/MS	Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde do Ministério da Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
DTP	Difteria, Tétano e Coqueluche
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EEA GRANTS	European Economic Area Financial Mechanism
EFSA	European Food Safety Authority
EHES	European Health Examination Survey
EHIS	European Health Interview Survey
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
FAO	Food and Agriculture Organization
FIES	Food Insecurity Experience Scale
GBD	Global Burden of Disease
HPV	Papilomavírus Humano
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC	Índice de Massa Corporal

INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquéritos Nacionais de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
INSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
ISN	Inquérito Serológico Nacional
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health Service
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONSA	Observatório Nacional de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Plano Nacional de Saúde
PoU	Prevalence of Undernourishment
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SDI	Social Demographic Index
SDI	Sociodemographic Index
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Europeia
URNM	Universidade Rainha Njinga a Mbande
VCMM	Violência Contra Meninas e Mulheres
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

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

www.conass.org.br/biblioteca



APRESENTAÇÃO

A presente publicação da série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) aborda um tema de grande centralidade para a Linha Editorial e considerado prioritário no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP): uma análise da evolução dos sistemas de saúde dos Estados-Membros da CPLP nos últimos 50 anos.

Esses foram, como reconhecido no posfácio, anos de grandes transformações políticas, sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas.

Os sistemas de saúde, nos diferentes contextos dos países de língua portuguesa, apresentam especificidades nas respostas desenvolvidas para garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, melhorando os indicadores de saúde. Nessas respostas, estão patentes as preocupações com grandes desafios na governação do sistema de saúde, no seu financiamento e na sua força de trabalho. Outrossim, está bem explícito o compromisso com a centralidade dos Cuidados de Saúde Primários em todos os sistemas de saúde estudados.

Assim, nas diferentes abordagens dos 7 capítulos que compõem este livro, há uma coletânea de saberes com base em uma vivência direta de todos os autores com as realidades que descrevem, que podem funcionar como fonte de inspiração e de reflexão crítica sobre o potencial de aprendizagem na partilha de conhecimentos e práticas sobre os diferentes sistemas de saúde.

Nossos agradecimentos a todos os que se esforçaram para que esta obra se tornasse possível.

Fábio Baccheretti Vitor
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes
Diretor do IHMT NOVA



EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NOS PAÍSES DA CPLP NOS 50 ANOS DESDE ABRIL DE 1974

*TRENDS IN HEALTH INDICATORS IN CPLP COUNTRIES IN THE 50 YEARS
SINCE APRIL 1974*

*ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA CPLP AU
COURS DES 50 ANNÉES QUI ONT SUIVI AVRIL 1974*

Maria Rosário Oliveira Martins¹

1. Saúde Global e Medicina Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
mrfom@ihmt.unl.pt - ORCID ID: 0000-0002-7941-0285

Resumo

O objetivo deste estudo foi de explorar as tendências de indicadores relevantes da área da saúde em oito países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) de 1974 a 2023. Este é um estudo descritivo de séries temporais. Das bases de dados da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, foram extraídas séries relativas a quatro indicadores de estado geral de saúde (Esperança Média de Vida ao nascer, mortalidade neonatal, mortalidade abaixo dos 5 anos e razão de mortalidade materna), dois indicadores de cobertura (número de médicos, cobertura do programa de vacinação do tétano, difteria e tosse convulsa) e um indicador de sistemas de saúde (despesas correntes per capita). O período temporal foi de 1975 a 2023, e a população-alvo foram oito dos nove países que integram a CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, e Timor-Leste. Existem grandes disparidades no perfil de saúde dos oito países da CPLP analisados. Embora todos tenham tido progressos nos vários indicadores, Timor-Leste destaca-se nos ganhos obtidos na Esperança Média de Vida ao nascer, e Cabo Verde, no investimento realizado nos recursos humanos em saúde. Guiné-Bissau melhorou consideravelmente a cobertura vacinal, e Angola, Moçambique e São Tomé destacam-se pela diminuição acentuada na mortalidade infantil. Portugal e Brasil apresentam níveis de despesas em saúde per capita muito superiores às dos restantes países e tiveram em todos os indicadores um progresso notável nos últimos 50 anos. Todos os países melhoraram a sua performance, no entanto, fizeram-no com trajetórias diferentes e a um ritmo próprio, em parte devido às circunstâncias econômicas, financeiras, políticas e históricas que marcaram cada Estado-Membro nesses últimos 50 anos. As desigualdades existentes em 1975 persistem ainda atualmente, mas foram atenuadas em todos os domínios. Em um mundo cada vez mais instável e incerto, torna-se fundamental reforçar as redes e as parcerias de cooperação existentes entre Estados-Membros para que as trajetórias futuras desses indicadores continuem a progredir na boa direção, contribuindo para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de todos.

Palavras-chave: CPLP, indicadores em saúde, mortalidade infantil, mortalidade materna, cobertura vacinal, esperança média de vida, despesas em saúde, recursos humanos em saúde.

Abstract

The aim of this study is to explore trends in relevant health indicators in 8 CPLP countries from 1974 to 2023. Methods: This is a descriptive time series study. Data were

extracted from WHO and World Bank databases for four general health status indicators (average life expectancy at birth, neonatal mortality, under-5 mortality and maternal mortality ratio), two coverage indicators (number of doctors, coverage of the Tetanus, Diphtheria and Whooping Cough vaccination program) and one health systems indicator (current expenditure per capita). The period analyzed was from 1975 to 2023, and the target population comprised 8 of the 9 countries that make up the Community of Portuguese-Speaking Countries (CPLP): Angola, Brazil, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, São Tomé and Príncipe, and East Timor. Results: There are major disparities in the health profile of the 8 CPLP countries analyzed. Although they have all made progress in the various indicators, East Timor stands out for its gains in average life expectancy at birth and Cape Verde for its investment in human resources for health. Guinea-Bissau has considerably improved vaccination coverage and Angola, Mozambique and São Tomé stand out for their sharp reduction in infant mortality. Portugal and Brazil have much higher levels of health expenditure per capita than the other countries and have made remarkable progress in all indicators over the last 50 years. Conclusion: All countries have improved their performance, but they have done so with different trajectories and at their own pace, partly due to the economic, financial, political and historical circumstances that have marked each member state over the last 50 years. The inequalities that existed in 1975 still persist today, but they have been reduced in all areas. In an increasingly unstable and uncertain world, it is essential to strengthen the existing cooperation networks and partnerships between member states so that the future trajectories of these indicators continue to progress in the right direction, helping to improve the quality of life and well-being of all.

Keywords: CPLP, health indicators, infant mortality, maternal mortality, vaccination coverage, average life expectancy, health expenditure, human resources for health.

Resumé

L'objectif de cette étude est d'explorer les tendances des indicateurs de santé pertinents dans 8 pays de la CPLP de 1974 à 2023. Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive de séries chronologiques. Les données ont été extraites des bases de données de l'OMS et de la Banque mondiale pour quatre indicateurs généraux de l'état de santé (espérance de vie moyenne à la naissance, mortalité néonatale, mortalité des enfants de moins de 5 ans et taux de mortalité maternelle), deux indicateurs de couverture (nombre de médecins, couverture du programme de vaccination contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche) et un indicateur des systèmes de santé (dépenses couran-

tes par habitant). La période analysée s'étend de 1975 à 2023, et la population cible comprend 8 des 9 pays qui composent la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP) : Angola, Brésil, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique, Portugal, São Tomé et Príncipe et Timor oriental. Résultats: Il existe de grandes disparités dans le profil de santé des 8 pays de la CPLP analysés. Bien qu'ils aient tous progressé dans les différents indicateurs, le Timor oriental se distingue par ses gains en matière d'espérance de vie moyenne à la naissance et le Cap-Vert par son investissement dans les ressources humaines pour la santé. Guinée-Bissau a considérablement amélioré sa couverture vaccinale et l'Angola, le Mozambique et São Tomé se distinguent par une forte réduction de la mortalité infantile. Le Portugal et le Brésil ont des niveaux de dépenses de santé par habitant beaucoup plus élevés que les autres pays et ont fait des progrès remarquables dans tous les indicateurs au cours des 50 dernières années. Conclusion : Tous les pays ont amélioré leurs performances, mais ils l'ont fait avec des trajectoires différentes et à leur propre rythme, en partie en raison des circonstances économiques, financières, politiques et historiques qui ont marqué chaque État membre au cours des 50 dernières années. Les inégalités qui existaient en 1975 persistent encore aujourd'hui, mais elles ont été réduites dans tous les domaines. Dans un monde de plus en plus instable et incertain, il est essentiel de renforcer les réseaux de coopération et les partenariats existants entre les États membres afin que les trajectoires futures de ces indicateurs continuent de progresser dans la bonne direction, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie et le bien-être de tous.

Mots-clés: CPLP, indicateurs de santé, mortalité infantile, mortalité maternelle, couverture vaccinale, espérance de vie moyenne, dépenses de santé, ressources humaines pour la santé.

INTRODUÇÃO

IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES EM SAÚDE PÚBLICA

Há muito tempo que os decisores políticos e investigadores utilizam indicadores para descrever questões de interesse para a saúde pública e para avaliar os progressos na sua resolução. Entretanto, com o aparecimento dos meios informáticos, a rapidez com a tecnologia evolui nomeadamente quanto à velocidade de cálculo e à capacidade de armazenamento de dados – e mais recentemente, as inovações ligadas à inteligência artificial tornaram possível medir um número infinito de indicadores em um curto espaço de tempo.

Paralelamente, na última meia década, numerosas declarações e programas mundiais comprometeram-se a cumprir metas relativas a indicadores com objetivos específicos. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata delineou uma estratégia global para alcançar a Saúde para Todos. Para medir a consecução desse objetivo, a OMS propôs 12 indicadores para os países reportarem em nível internacional e 19 indicadores adicionais para utilização em nível nacional, classificados como indicadores sociais e econômicos, de política de saúde, de prestação de cuidados de saúde e de estado de saúde. Em 1990, a Cimeira Mundial da Criança estabeleceu 33 objetivos (alguns com indicadores múltiplos) a atingir até o ano 2000. Outros programas desenvolveram listas de indicadores, por exemplo, em 1994, o programa VIH/SIDA que começou por reportar dez indicadores de prevenção da doença e, em 2014, a Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) já estavam a recolher 78 indicadores que refletiam intervenções de prevenção, de promoção, de reabilitação e de cura. Em 2014, o Fundo Global utilizou 114 indicadores para monitorizar três doenças da pobreza: SIDA, tuberculose e malária.

Já no início do século XXI, a Declaração do Milénio estabeleceu 8 objetivos – 4 dos quais diretamente relacionados com a saúde – com 21 metas e 60 indicadores que foram complementados em 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em que os países se comprometeram a alcançar 17 objetivos, 169 metas e 232 indicadores até 2030 – dos quais 13 metas e 26 indicadores estão diretamente relacionados com a saúde¹.

Em 2014, a OMS e os seus principais parceiros estimaram que alguns países reportavam regularmente cerca de 600 indicadores a doadores e a programas internacionais ou para cumprir resoluções internacionais; muitas vezes com diferentes definições e frequências de reporte distintas. Para reduzir e racionalizar a recolha de dados, a OMS liderou um grupo de trabalho que criou a Lista de Referência Mundial de 100 Indicadores Essenciais de Saúde². A Lista utiliza dois quadros conceptuais para classificar os 100 indicadores. Ao longo deste trabalho, privilegiaremos a classificação em três domínios da saúde (com subdomínios), a saber: estado de saúde (mortalidade por idade e sexo, mortalidade por causa, morbilidade e fertilidade); cobertura de serviços (reprodutiva, materna, recém-nascido, criança e adolescente, imunização, VIH, VIH/TB, tuberculose, malária, doenças tropicais negligenciadas, rastreio e cuidados preventivos e saúde mental) e sistemas de saúde (qualidade e segurança dos cuidados, acesso, recursos humanos em saúde, informação sobre saúde, financiamento da saúde e segurança da saúde).

As principais Fontes de Informação sobre Estatísticas em Saúde no espaço da CPLP

Os 50 anos desde o 25 de abril de 1974, nos 8 dos 9 países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), foram marcados por inúmeras transformações econômicas, sociais e políticas resultantes de diversos fatores, nomeadamente os decorrentes da revolução de 25 de abril de 1974 e da descolonização. Os sistemas nacionais que produzem e disponibilizam as principais estatísticas também tiveram uma evolução dependente dessa conjuntura. Para poder contextualizar a evolução dos indicadores de saúde nos países da CPLP, é fundamental caracterizar de forma sucinta a leis de base dos sistemas estatísticos nacionais. Embora, em Portugal e no Brasil, os Institutos Nacionais de Estatística (INE) tenham nascido no início do século passado (23 de maio de 1935 e 29 de maio de 1936 respectivamente), a maioria dos INE restantes só foram criados oficialmente no pós-25 de abril, depois da década de 1990: em Angola, pela Lei nº 5/96, de 12 de abril; em Cabo Verde, por meio do Decreto-Lei nº 49/96; na Guiné-Bissau, pelo Decreto-Lei nº 2/1991, de 25 de março; em Moçambique, mediante o Decreto Presidencial nº 9/96, de 28 de agosto; e em São Tomé e Príncipe, pela Lei nº 5/98, de 3 de dezembro. No caso de Timor-Leste, o INE foi criado recentemente (Decreto-Lei nº 4/2023, de 15 de fevereiro) embora a atividade estatística tenha vindo a ser desenvolvida desde 2003, pela Direção Nacional de Estatísticas (Decreto-Lei nº 17/2003, de 1º de outubro).

A disponibilidade de dados consistentes e de qualidade para calcular os indicadores de saúde nesses últimos 50 anos depende essencialmente da frequência da realização dos Censos (Recenseamento Geral da População) e da implementação de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) com cobertura em nível Nacional. Ademais, nesse contexto, os diferentes Estados-Membros da CPLP têm vindo a ter um desenvolvimento distinto. Em Portugal e no Brasil, os Censos são realizados regularmente desde o início do século XX, situação esta distinta da verificada nos restantes Estados-Membros da CPLP. Em Angola, o primeiro Recenseamento Geral da População e Habitação do pós-25 de abril foi realizado em 2014 (INE, Angola). Desde 1970 que Angola não realizava um Censos por motivos de instabilidade política e social. Já em Cabo Verde, foram realizados Censos em 1980, 2010 e 2021(INE, Cabo Verde) e na Guiné-Bissau, em 1979,1991, 2009 e 2019 (INE, Guiné-Bissau). Em São Tomé e Príncipe, em 2012 e 2022 (INE, São Tomé e Príncipe), e em Timor-Leste, nos anos de 2004, 2010 e 2020 (INE Timor-Leste). Já os primeiros Inquéritos Nacionais de Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

(PALOP) e Timor-Leste foram realizados no final da década 1990; na Guiné-Bissau (1º Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde), 1996; em Moçambique (1º Inquérito Demográfico e de Saúde), em 1997; e em Cabo Verde (1º Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva), em 1998. Em Angola, o 1º Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde foi implementado em 2006; em São Tomé e Príncipe, em 2008/09; e em Timor-Leste, em 2009/10³.

A heterogeneidade das características demográficas, econômicas, sociais, culturais e de conflito armado dos países da CPLP teve inevitavelmente um impacto na evolução dos principais indicadores de saúde ao longo dos 50 anos após o 25 de abril de 1974. No entanto, os estudos que caracterizam esta evolução ainda são escassos.

O objetivo deste capítulo é de explorar as tendências de indicadores relevantes da área da saúde em oito países da CPLP de 1974 a 2023. Para esse efeito, serão analisadas as séries longas de indicadores de estado de saúde, de cobertura de serviços e de sistemas de saúde para os quais existe informação temporal consistente e comparável para os Estados-Membros.

MATERIAIS E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo de séries temporais.

POPULAÇÃO E PERÍODO DE ANÁLISE

A população-alvo são oito dos nove países que integram a CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. O período de análise é entre 1975 e 2023.

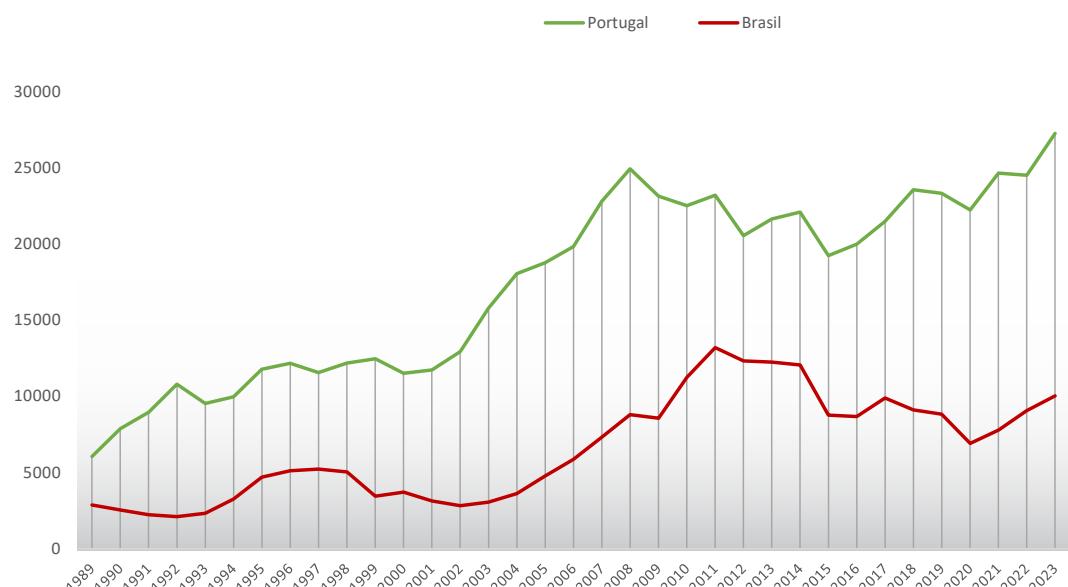
CONTEXTO

A CPLP é uma organização multicontinental criada em 17 de julho de 1996 por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe, em Lisboa, na Cimeira de Chefes de Estado e de Governo. Em 20 de maio de 2002, Timor-Leste tornou-se o oitavo país-membro da Comunidade, e em 2014, a Guiné Equatorial tornou-se o nono membro de pleno direito. Atualmente, são nove os Estados-Membros da CPLP; no entanto, neste capítulo, não apresentaremos indicadores da Guiné Equatorial uma vez que o país não se enquadra no contexto econômico e social do pós-25 de abril de 1974.

Três dos oito países-membros da CPLP, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tome e Príncipe, estão classificados pelo Banco Mundial como países de Baixo Rendimento enquanto Angola, Cabo Verde e Timor-Leste são países de Baixo e Médio Rendimento. o Brasil é um país de Médio e Alto Rendimento, e Portugal é classificado como sendo de Alto Rendimento⁴.

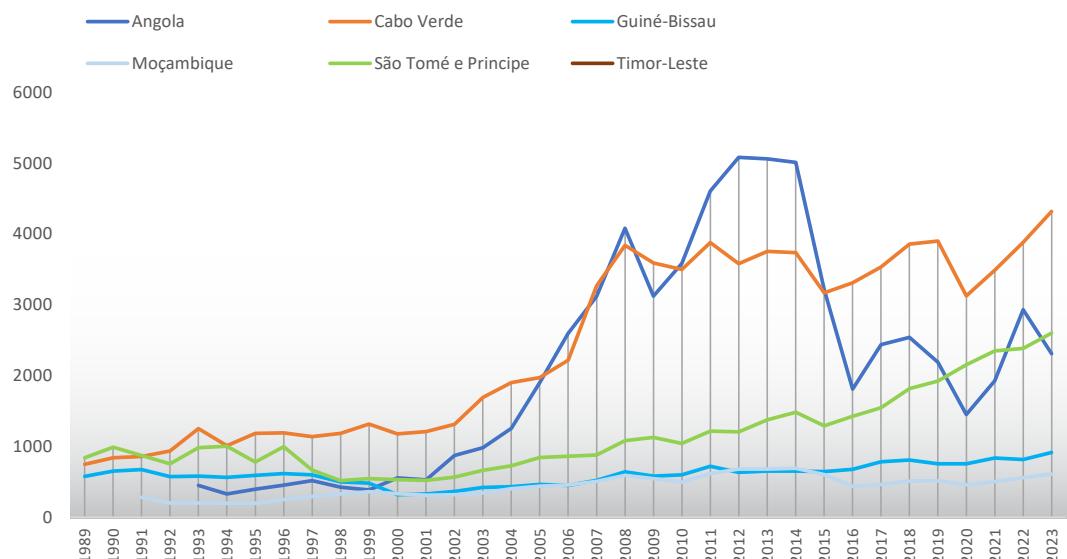
As figuras 1 e 2 representam a série temporal do Produto Interno Bruto (PIB) per capita nos oito Estados-Membros estimada pelo Banco Mundial, no intervalo de 1989 a 2023. Essas tendências traduzem a forma como a riqueza dos países foi crescendo ao longo do tempo, com interrupções pontuais ligadas essencialmente a marcos históricos, como crises econômicas e financeiras, conflitos armados (que não afetaram todos os países da mesma forma nem no mesmo período) e a crise pandêmica da covid-19 em 2020. Em termos gerais, os ganhos obtidos em termos de PIB per capita foram consideráveis ao longo dos 35 anos em análise, sobretudo em Angola e Timor-Leste, onde o PIB per capita em 2023 foi, respectivamente, cerca de 6 e 5 vezes superior ao valor de 1989. Já na Guiné-Bissau, esse indicador, em 2023, foi apenas cerca de 1,6 vez maior do que em 1989.

Figura 1. Evolução do PIB per capita em US dólares: Brasil e Portugal (1989-2023)



Fonte: Séries do Banco Mundial⁵.

Figura 2. Evolução do PIB per capita em US dólares: restantes Estados-Membros (1989-2023)



Fonte: Séries do Banco Mundial⁵.

As assimetrias acima referidas, que também se refletem em outras dimensões, sugerem um perfil demográfico e socioeconômico heterogêneo conjugado com eventuais episódios de conflito armado no pós-25 de abril e deverão servir de base à discussão da evolução dos indicadores de saúde nos últimos 50 anos nos oito países da CPLP (tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos Estados-Membros da CPLP em diversas dimensões (2021)

País	População (milhões de habitantes)	Escolaridade média (anos)	Taxa de fecundidade	EMV Mulheres	EMV Homens	Conflito Armado no pós-25 de abril
Guiné-Bissau	2,1	3,6	4,4	61,3	55,1	Sim 1998-1999
Moçambique	31,1	4,2	4,5	59,9	53,4	Sim 1976-1992
São Tomé e Príncipe	0,216	6,2	2,8	72,2	68,6	
Angola	32,7	6,3	5	63,7	58,4	Sim 1975 -2002

Tabela 1. Perfil dos Estados-Membros da CPLP em diversas dimensões (2021)

País	População (milhões de habitantes)	Escolaridade média (anos)	Taxa de fecundidade	EMV Mulheres	EMV Homens	Conflito Armado no pós-25 de abril
Cabo Verde	0,559	5,2	1,8	77,8	69	
Timor-Leste	1,4	5,6	3,8	70,5	66,9	Sim 1975-1999
Brasil	220,4	8	1,9	77,4	70,2	-
Portugal	10,6	9,6	1,3	84,4	78,5	-

Fonte: IHME, Perfis dos Países, 2021.

Legenda: EMV – Esperança Média de Vida.

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES PROPOSTOS E RESPECTIVAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Tabela 2. Características dos Indicadores de Saúde

Tipo de Indicador	Denominação	Unidade de medida	Período de análise e fonte
Cobertura dos Serviços	nº de médicos por 10 mil habitantes	-	1990-2019 IHME
	cobertura do programa de vacinação: tétano, difteria e tosse convulsiva	% de crianças dos 12 aos 23 meses vacinadas contra difteria, tétano e tosse convulsiva (DTP3)	1981-2022 Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicator/
Sistemas de saúde	despesa em saúde per capita	Despesa corrente em saúde per capita (US\$)	2000-2021 Banco Mundial World Health Organization, Global Health Expenditure http://apps.who.int/nha/database
Estado de saúde	Mortalidade neonatal	Probabilidade de uma criança morrer nos primeiros 28 dias de vida por mil nados-vivos (NV).	1985-2022 World Health Organization 2024 data.who.int/Neonatal mortality rate (per 1000 live births) [Indicator]. https://data.who.int/indicators/i/E3CAF2BA4C49D3

Tabela 2. Características dos Indicadores de Saúde

Tipo de Indicador	Denominação	Unidade de medida	Período de análise e fonte
Estado de saúde	Mortalidade infantil abaixo dos 5 anos	Probabilidade de uma criança morrer antes de completar 5 anos de idade, por mil NV	1975-2022 Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT
	Razão de Mortalidade Materna	Mortes Maternas entre mulheres de 15 a 49 anos por 100 mil NV	1985- 2020 World Health Organization 2024 data.who.int, Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [Indicator]. https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1
	Esperança média de vida à nascença (Homens e Mulheres)	A esperança de vida à nascença indica o número de anos que um recém-nascido viveria se os padrões de mortalidade prevalecentes na altura do seu nascimento se mantivessem inalterados ao longo da sua vida.	1975- 2022. Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN

Fonte:elaboração própria.

ANÁLISE DE DADOS

Para explorar as tendências dos indicadores de saúde, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e medianas) e realizados gráficos de barras e linhas de tendência, com recurso ao software Excel®.

RESULTADOS

Um dos maiores constrangimentos para a análise da evolução dos indicadores propostos é a escassez de estatísticas para muitos dos países entre 1975 e 1985 (à exceção do Brasil e de Portugal). Por outro lado, os indicadores de sistemas de saúde, como a despesa em saúde per capita, só estão disponíveis a partir de 2000, altura em que foram produzidas as primeiras contas-satélite da saúde (Sistema de Contas Nacionais). A disparidade dos anos a que os dados disponíveis se referem, bem como o espaçamento geralmente longo entre eles, limita a comparação entre os países para alguns dos indicadores propostos, nomeadamente nos primeiros dez anos após o 25 de abril.

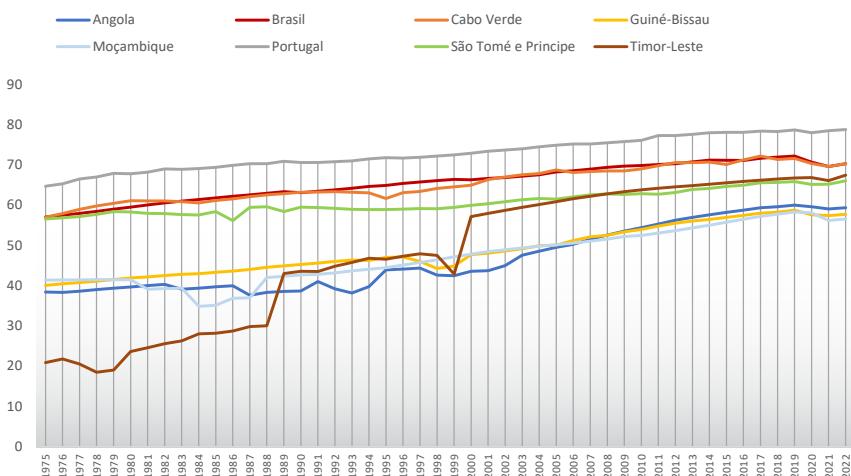
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE

Esperança Média de Vida à nascença

As figuras 3 e 4 apresentam a Esperança Média de Vida (EMV) à nascença dos homens e das mulheres entre 1975 e 2022 para cada país⁶.

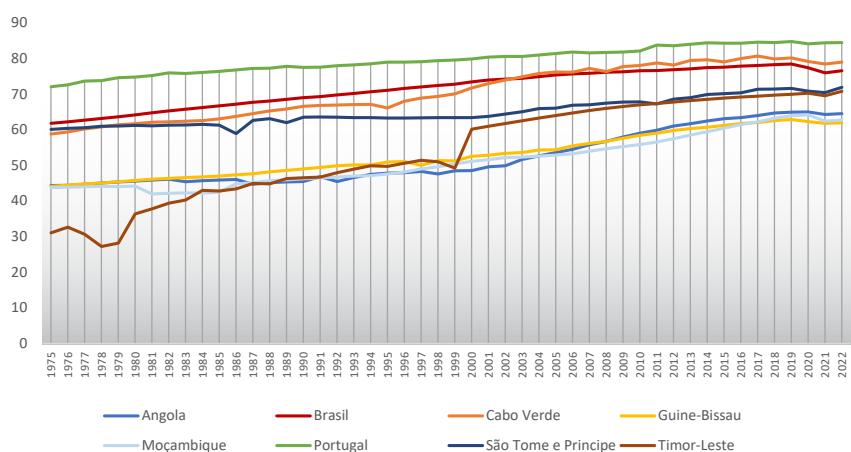
Em 1975, Portugal apresentava a maior EMV tanto para os homens (64,7) como para as mulheres (72,1); e Timor-Leste, os valores mais baixos (20,8 e 31 respectivamente).

Figura 3. Esperança Média de Vida à Nascença dos Homens entre 1975 e 2022 (em anos)



Fonte: Elaboração própria.

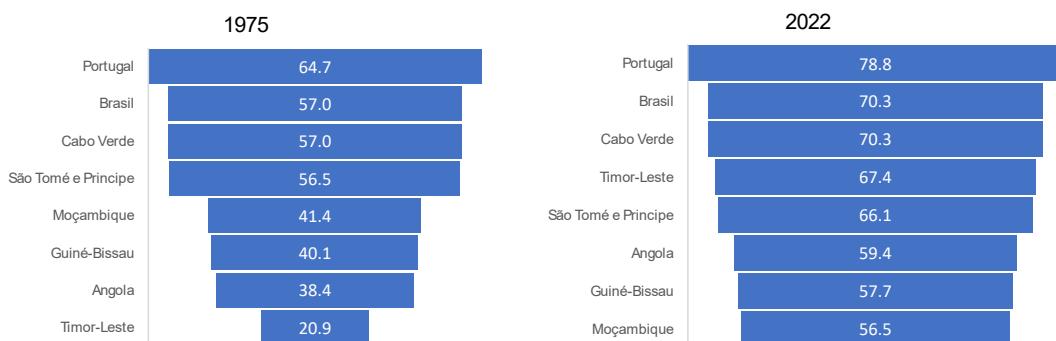
Figura 3. Esperança Média de Vida à Nascença das Mulheres entre 1975 e 2022 (em anos)



Fonte: Elaboração própria.

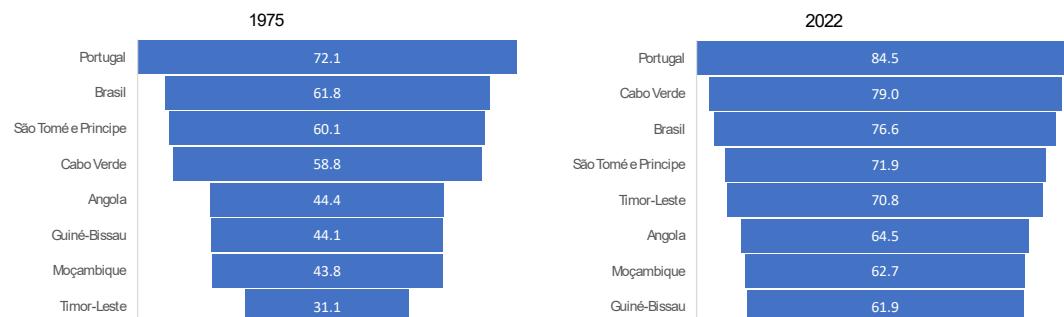
Embora todos os países tenham feitos progressos consideráveis ao longo dos 48 anos em análise, Timor-Leste destaca-se nesse indicador (figuras 5 e 6), tendo tido um ganho na EMV (medido pela variação percentual) de mais de 200% para os homens (passou de 20,8 para 56,5 anos) e mais de 100% para as mulheres (passou de 31,1 para 70,8 anos), ocupando em 2022 o 4º lugar em termos desse indicador nos países da CPLP. São Tomé e Príncipe foi o país que registou menores ganhos nos homens (17%), e Portugal, nas mulheres (17,2%). No caso das mulheres, salientam-se os progressos realizados em Cabo Verde que, em 2022, com uma EMV de 79 anos, ultrapassou o Brasil (76,6 anos) e ocupa o 2º lugar nos países da CPLP.

Figura 5. Posição dos países na Esperança Média de Vida à Nascença das Homens em 1975 e 2022



Fonte: Elaboração própria.

Figura 6. Posição dos países na Esperança Média de Vida à Nascença das Mulheres em 1975 e 2022

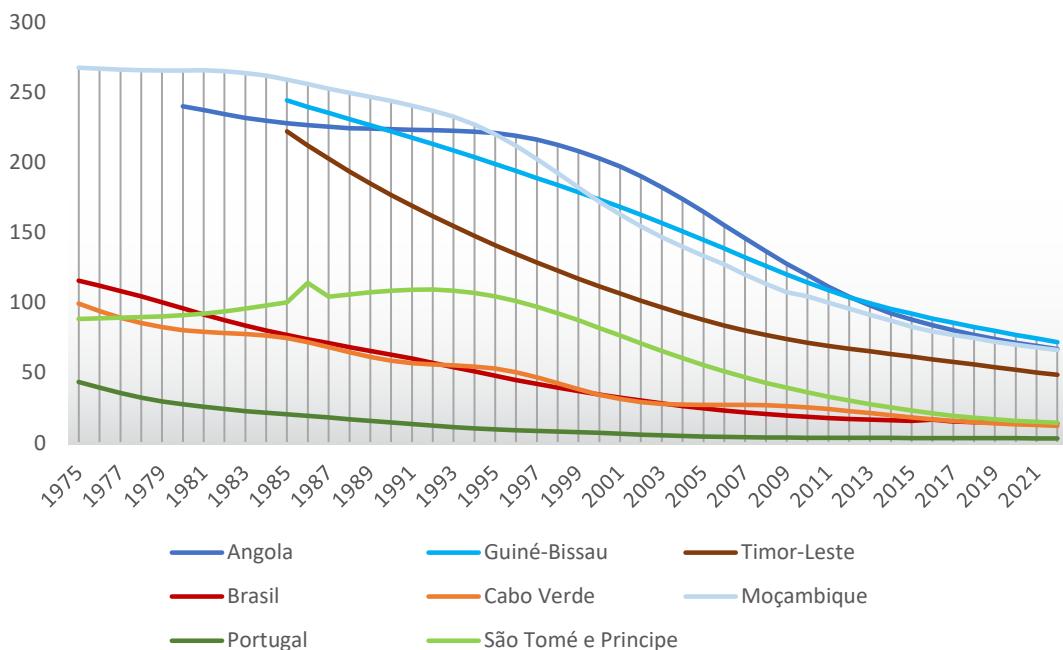


Fonte: Elaboração própria.

Mortalidade Infantil abaixo dos 5 anos

Na figura 7, está apresentada a tendência da mortalidade infantil desde 1975, embora as séries só estejam balanceadas a partir de 1985⁷. Em 1985, Moçambique apresentava o valor mais elevado desse indicador com uma mortalidade infantil abaixo dos 5 anos de idade de 259 óbitos por mil NV, seguido da Guiné-Bissau (244 por mil), Angola (228 por mil) e Timor-Leste (221 por mil).

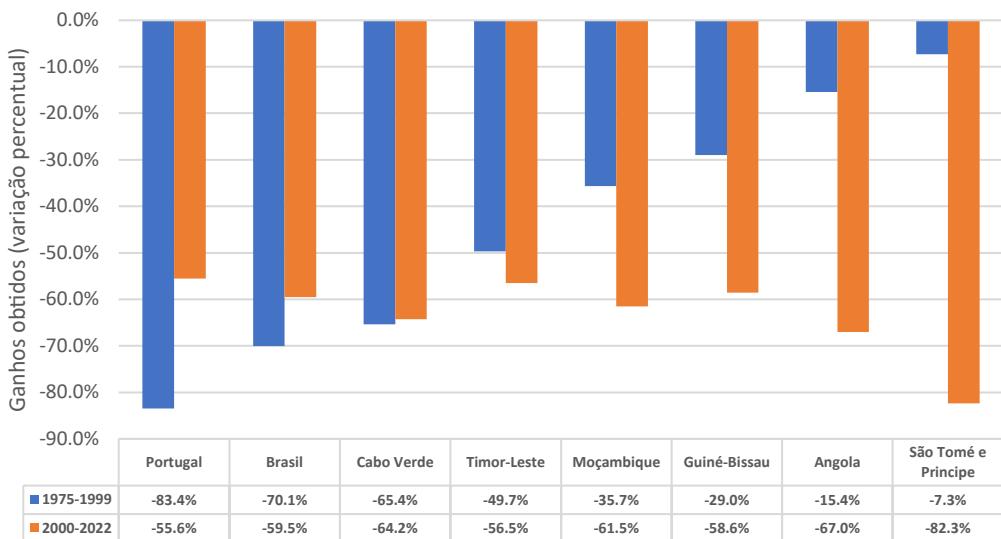
Figura 7. Tendência na mortalidade infantil abaixo dos 5 anos desde 1975



Fonte: Elaboração própria.

No período em análise, todos os países apresentaram progressos importantes nesse indicador (figura 8). Destacam-se os ganhos obtidos por Portugal e pelo Brasil entre 1975 e 2000 e os obtidos por São Tomé e Príncipe nos primeiros 22 anos deste século. No entanto, em 2022, ainda existem 4 países com valores inferiores a 25 por mil não atingindo ainda a meta proposta dos ODS (Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-Leste).

Figura 8. Ganhos obtidos na mortalidade infantil nos 25 anos após o 25 de abril e nos primeiros 22 anos do século XXI

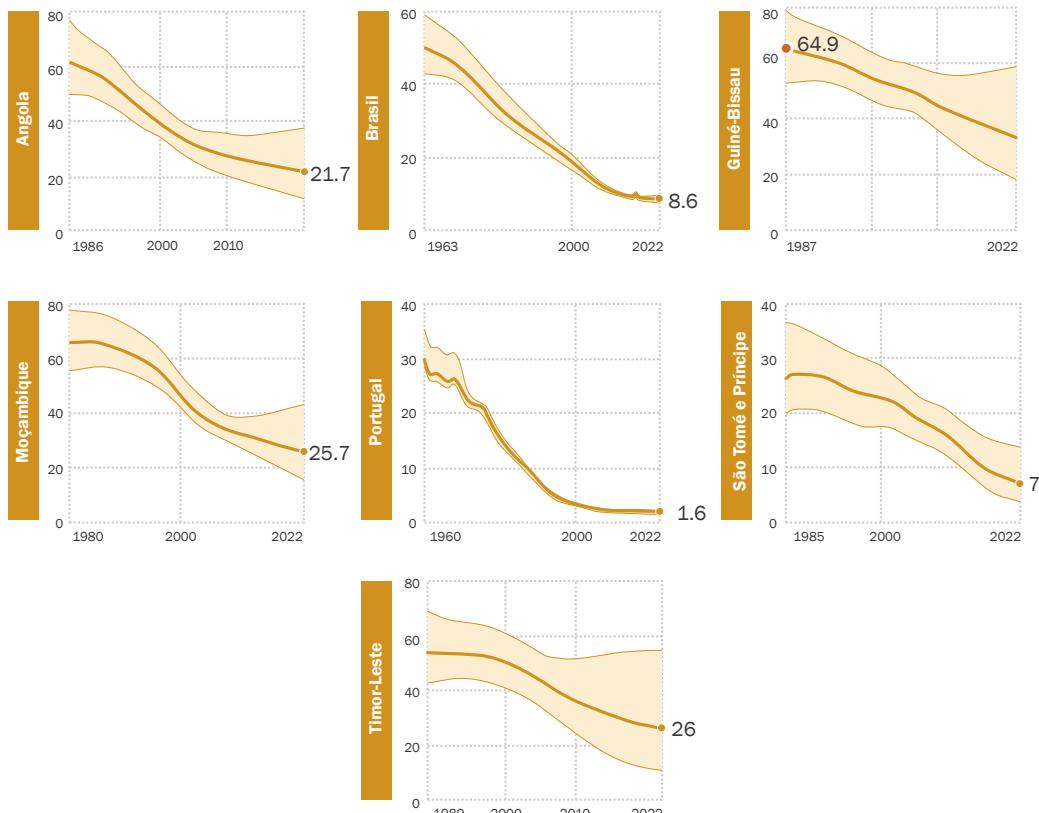


Mortalidade neonatal (por mil NV)

As séries temporais relativas a esse indicador estão disponíveis no Observatório Global de Saúde da OMS, em períodos temporais distintos para os oito países da CPLP. Para esse indicador, existem também representações gráficas com linhas de tendências e respectivos intervalos de confiança. Nesse sentido, optou-se por usar diretamente essa informação que é de acesso livre e podendo ser reproduzida desde que devidamente citada⁸.

Na figura abaixo (figura 9), mostram-se as tendências da taxa de mortalidade neonatal (por mil NV) nos países da CPLP com base em toda a série disponível no Observatório Global de Saúde da OMS.

Figura 9. Tendências na Mortalidade neonatal (óbitos por mil NV)

Fonte: Word Health Organization⁷

Embora tenham sido verificados progressos em todos os países desde o final dos anos 1980, esse indicador, em 2022, continuava ainda elevado para quatro países: Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-Leste. É de notar o progresso notável de Portugal, São Tomé e Príncipe e do Brasil ao longo dos 34 anos desde 1989 (tabela 3).

Tabela 3. Mortalidade neonatal (por mil NV) em 1989 e 2022

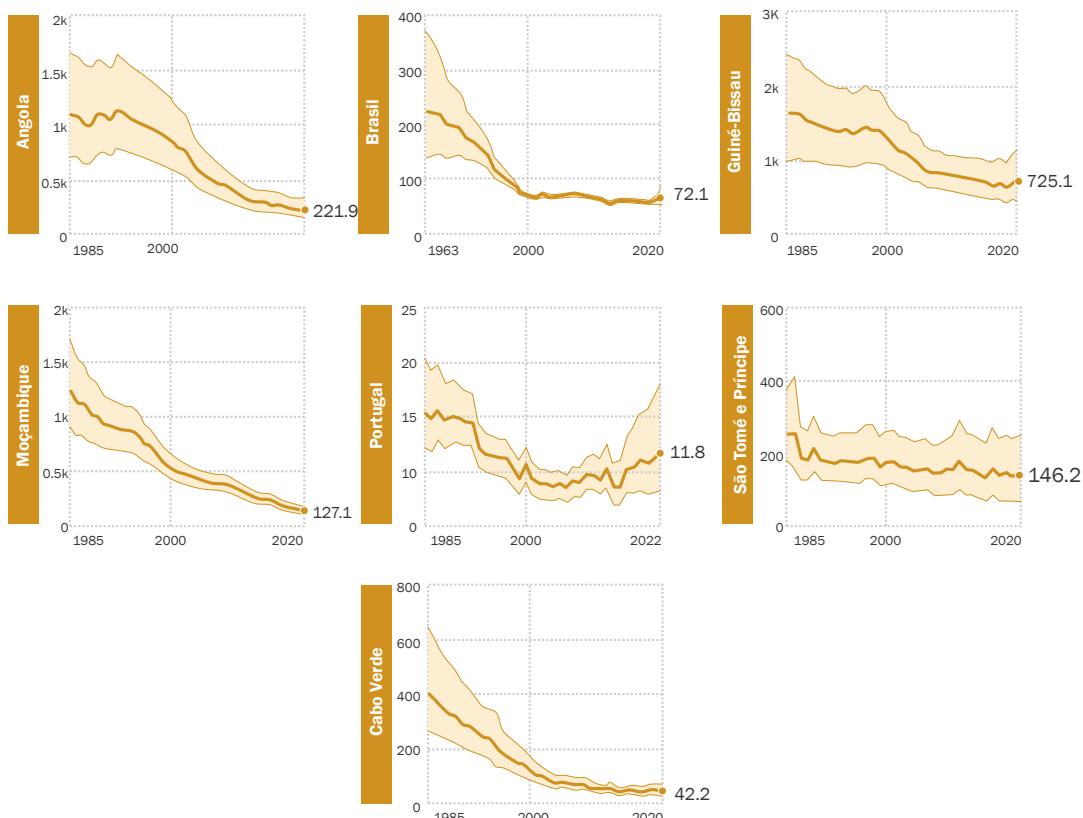
Mortalidade neonatal (por mil NV)	1989	2022	Redução de mortes por mil NV		Ganhos (%)
Angola	53,8	26		27,8	51,7%
Brasil	27,8	8,57		19,23	69,2%
Cabo-Verde	19,6	8,7		10,9	55,6%
Guiné-Bissau	64	33,6		30,4	47,5%
Moçambique	63,4	25,7		37,7	59,5%
Portugal	8	1,6		6,4	80,0%
São Tomé e Príncipe	27,1	7		20,1	74,2%
Timor-Leste	58,4	21,7		36,7	62,8%

Fonte: elaboração própria.

Razão de Mortalidade Materna (óbitos por 100 mil NV)

A figura 10 apresenta as tendências da Razão de Mortalidade Materna de 1985 a 2020 com base nos indicadores disponíveis no Observatório Global de Saúde da OMS⁷. Em 1985, havia uma enorme disparidade nesse indicador entre os vários Estados-Membros da CPLP, com Timor-Leste, Guiné-Bissau e Moçambique e Angola a apresentar valores de razão de mortalidade acima de mil mortes por 100 mil NV e Portugal a atingir o valor de 15,5 mortes por 100 mil NV.

Figura 10. Tendências na Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV)



World Health Organization⁸

Embora se observe, para todos os países, um progresso nesse indicador ao longo dos 36 anos analisados, destaca-se o decréscimo de Angola, Cabo Verde, Moçambique e Timor-Leste (tabela 4). No entanto, em 2020, para Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Timor-Leste, os valores desse indicador ainda estão muito acima de 70 por 100 mil (meta preconizada no âmbito da Agenda 2030).

Tabela 4. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) em 1985 e 2020

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV)	1985	2020	Redução por 100 mil NV	Ganhos (%)
Angola	1097,9	221,9	876	79,8%
Brasil	227	72,1	154,9	68,2%
Cabo-Verde	399,8	42,2	357,6	89,4%
Guiné-Bissau	1651,9	752,1	899,8	54,5%
Moçambique	1240,2	127,1	1113,1	89,8%
Portugal	15,58	11,8	3,78	24,3%
São Tomé e Príncipe	256,9	146,2	110,7	43,1%
Timor-Leste	1671,8	203,92	1467,88	87,8%

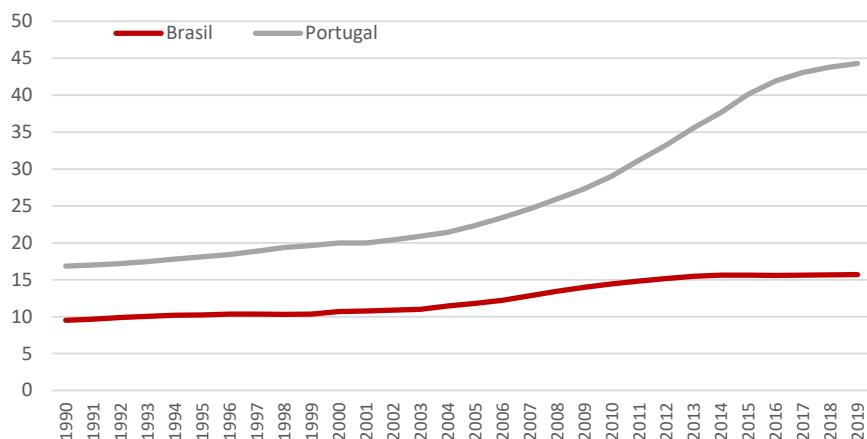
Fonte:elaboração própria.

INDICADORES DE COBERTURA

Número de médicos (generalistas, especialistas e outros por 10 mil habitantes)

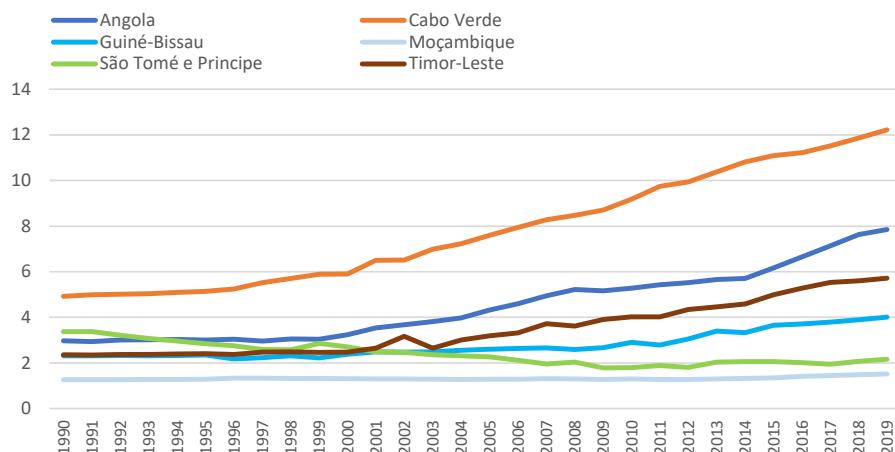
Segundo os autores de um estudo publicado na Revista Lancet em 2022⁹, existe uma dificuldade muito grande em ter dados comparáveis para os diferentes países ao longo do tempo sobre recursos humanos em saúde, nomeadamente devido às diferentes definições usadas pelas instituições produtoras das estatísticas do mercado de trabalho. Assim, optou-se por usar as estimativas disponibilizadas pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) por serem séries alisadas, sem quebras e com uma definição comum, mesmo tendo o inconveniente de só existirem dados até 2019.

Figura 11. Tendência do número de médicos por 10 mil habitantes (estimação IHME): Portugal e Brasil (1990-2019)



Fonte: Elaboração própria.

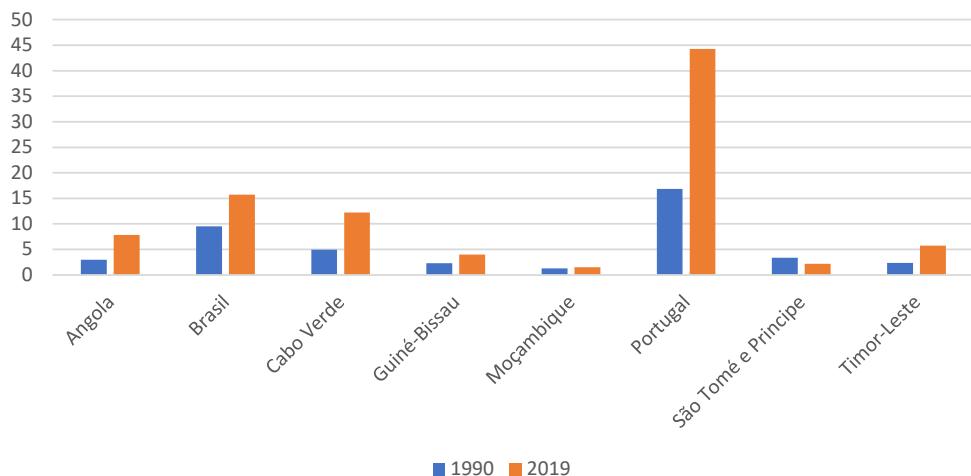
Figura 12. Tendência do número de médicos por 10 mil habitantes nos PALOP e Timor-Leste (estimação IHME)



Fonte: Elaboração própria.

As figuras 11 e 12 apresentam a tendência do número de médicos por 10 mil habitantes entre 1990 e 2019. A evolução desse indicador foi crescente para quase todos os países, com Angola, Portugal, Cabo Verde e Timor-Leste a apresentar valores em 2019 cerca de 2,5 vezes superiores aos de 1990 (figura 13). Moçambique continua a ser o país com maior carência em termos desses recursos humanos, e São Tomé e Príncipe apresentou uma tendência decrescente nesse período.

Figura 13. Comparação do número de médicos em 1990 e 2019 (estimação IHME)



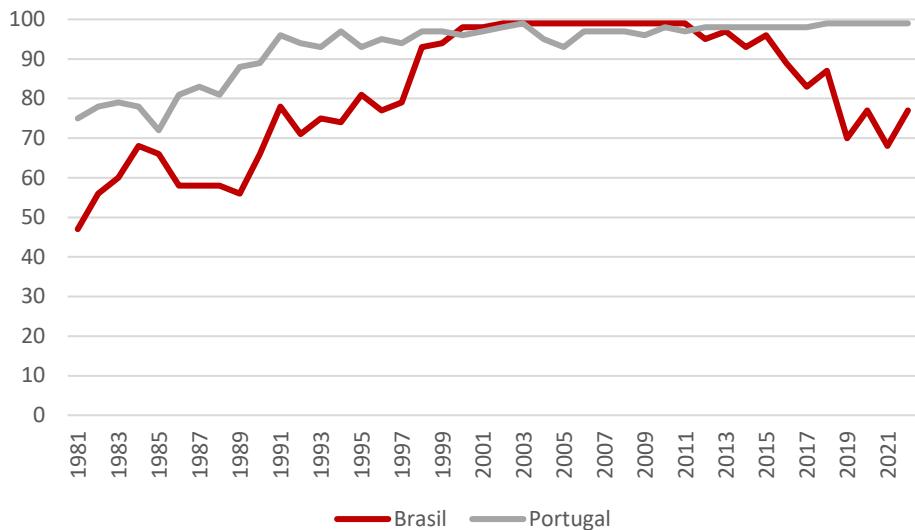
Fonte: Elaboração própria.

Dados mais recentes, publicados pela OMS, mas não diretamente comparáveis com essas séries temporais, mostram que houve um aumento considerável nesse indicador entre 2019 e 2022 tanto em Cabo Verde como em São Tomé e Príncipe¹⁰. Observa-se ainda que tanto em 1990 como em 2019 os valores desse indicador são muito díspares, variando de cerca de 1 médico por 10 mil habitantes para Moçambique a aproximadamente 44 para Portugal.

Cobertura da Vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa em crianças com idades de 12 a 23 meses

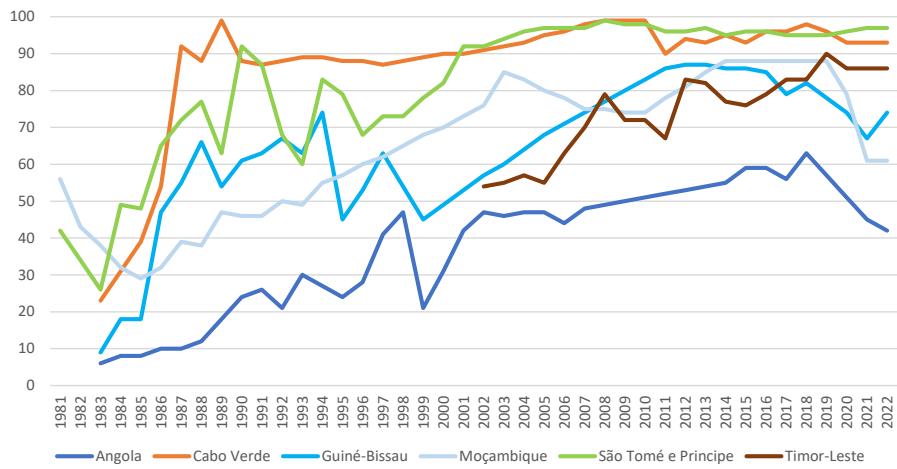
As figuras 14 e 15 apresentam a evolução deste indicador de cobertura do plano vacinal para os oito países da CPLP desde 1981. Tanto para os PALOP como para Timor-Leste, as séries apresentam quebras ligadas à periodicidade de realização dos inquéritos, e como tal, a análise da tendência desse indicador deve ser feita com alguma precaução. Nesses seis países, verifica-se uma tendência positiva até 2020 (ano de início da pandemia da covid-19) embora Cabo Verde e São Tomé e Príncipe apresentem taxas de vacinação mais elevadas, e em 2020, muito próximas de 100%.

Figura 14. Vacinação contra TDT no PALOP e Timor-Leste (% de crianças com idades de 12 a 23 meses)



Fonte: World Bank¹¹.

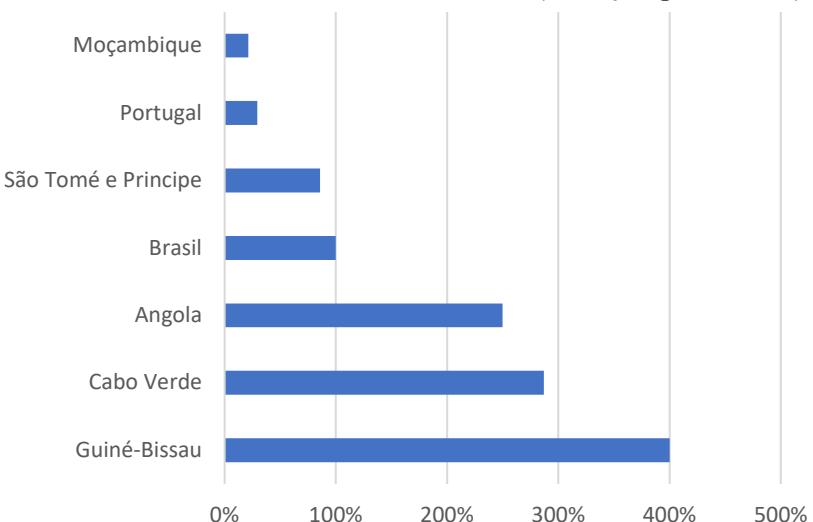
Figura 15. Vacinação contra TDT em Portugal e no Brasil (% de crianças com idades de 12 a 23 meses)



Fonte: World Bank¹¹.

Os maiores ganhos obtidos durante esse intervalo de tempo foram os referentes a Guiné-Bissau, os quais, em 1983, tinham menos de 10% de crianças entre os 12 e 23 meses vacinadas, e em 2020, cerca de 70%.

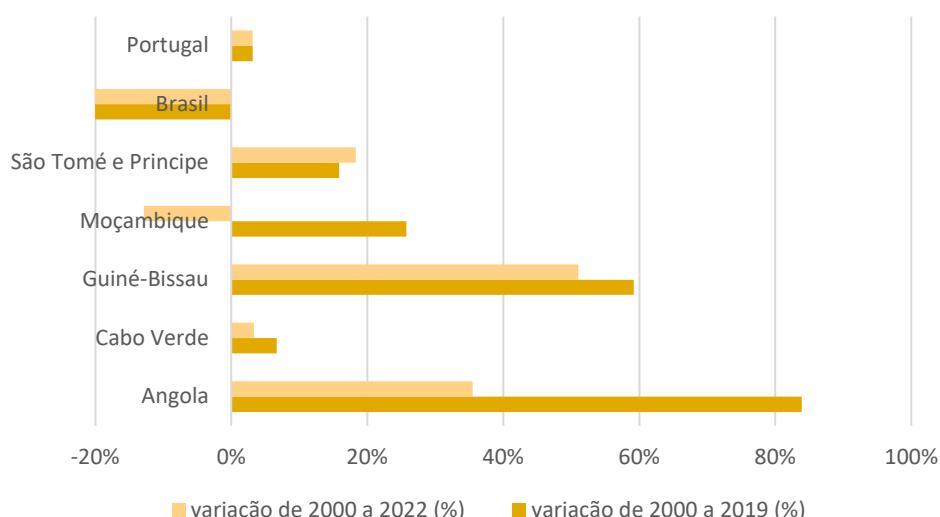
Figura 16. Ganhos obtidos desde 1981 na cobertura vacinal (variação percentual)



Fonte: Elaboração própria.

Portugal atinge a cobertura total desde o final dos anos 1990, valor este que se tem mantido até os dias de hoje. Já no Brasil, após um período de tendência crescente e tendo atingido a cobertura total em 2000, esse indicador sofreu uma evolução negativa desde 2015 até ao período do início da pandemia, existindo, desde 2021, uma tendência positiva.

Figura 17. Efeito da pandemia da covid-19 na vacinação de tétano, difteria e tosse convulsa



Fonte: Elaboração própria.

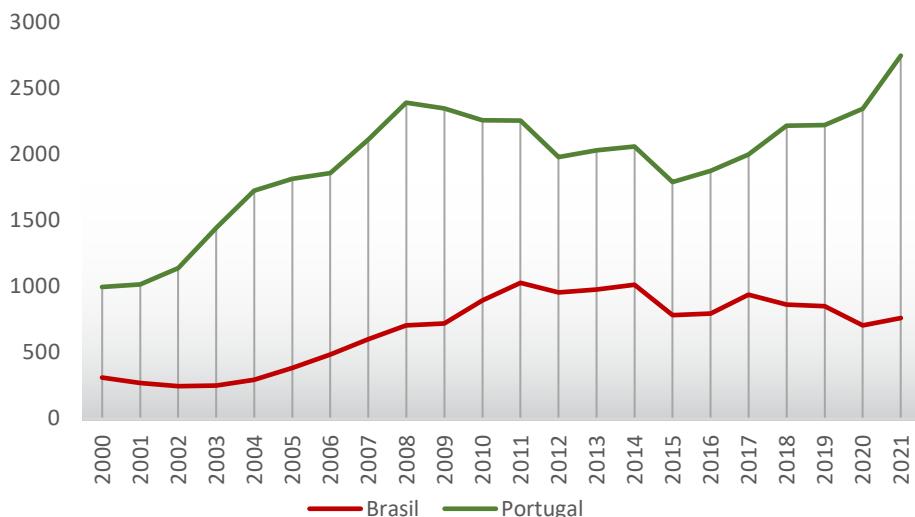
Nota-se que, no período referente à pandemia da covid-19, as tendências positivas desse indicador inverteram-se em quase todos os países (figura 17), tendo sido Moçambique o país que mais ficou penalizado em relação aos anos anteriores.

INDICADORES DE SISTEMAS DE SAÚDE (2000-2022)

Despesa em saúde per capita

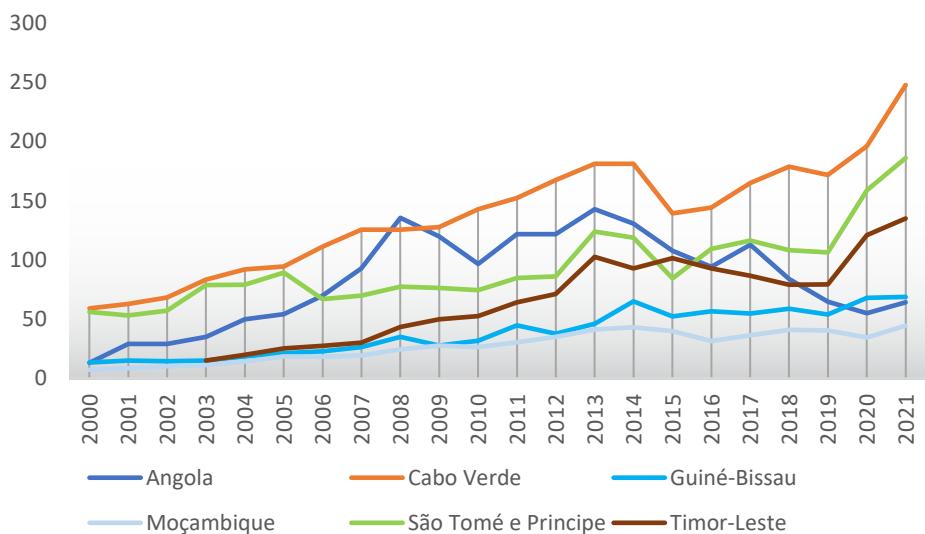
As figuras 18 e 19 mostram as tendências na despesa em saúde per capita desde 2000 nos oito Estados-Membros da CPLP. Em 2000, Portugal gastou US\$ 995 per capita no domínio da saúde, valor este três vezes superior ao do Brasil e cerca de 140 vezes superior ao gasto por Moçambique no mesmo período. A tendência ao longo dos 22 anos em análise está ligada às várias crises econômicas e financeiras que tiveram lugar nesse intervalo de tempo; no entanto, existem dois países cujas tendências têm vindo a ser desfavoráveis desde 2017: Angola e Brasil.

Figura 18. Despesas em saúde per capita em US dólares para Portugal e Brasil (2000-2021)



Fonte: World Health Organization¹².

Figura 19. Despesas em saúde per capita em US dólares para PALOP e Timor-Leste (2000-2021)



Fonte: World Health Organization¹².

DISCUSSÃO

A análise das tendências dos principais Indicadores de Saúde apresentados neste estudo sugere que, tanto no período que se seguiu ao 25 de abril de 1975 como ainda atualmente, existem grandes desigualdades entre os oito países da CPLP, o que era expectável dadas as diferenças marcantes existentes ao nível de desenvolvimento econômico desses países. Mais relevante do que comparar os países entre si é a análise dos progressos realizados no pós-25 de abril.

Em relação aos indicadores do estado geral de saúde, evidenciam-se os enormes progressos alcançados por Timor-Leste na EMV ao nascer tanto nos homens como nas mulheres. Este país, que estava na cauda da CPLP em 1975, ultrapassou, em 2022, países como Angola, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Também houve melhorias consideráveis em Timor-Leste nos restantes indicadores, que resultam de um conjunto de estratégias multisectoriais cujo sucesso está relatado em diversos casos de estudo¹³. Cabo Verde também se destaca na EMV à nascença das mulheres que, em 2022, ultrapassou o valor correspondente para o Brasil, assim como nos ganhos obtidos em nível da mortalidade infantil e da razão de mortalidade materna. Esses progressos estão inevitavelmente ligados ao aumento do investimento feito nos recursos humanos em saúde¹⁴, com Cabo Verde a apresentar um número de médicos por 10 mil habitantes cada vez mais próximo do valor estimado para Brasil.

Nos indicadores de cobertura, é importante referir a redução na cobertura vacinal nos últimos anos no Brasil, fato este que pode estar relacionado com movimentos antivacinas conforme já referido por Malta et al.¹⁵. Moçambique surge como sendo um dos países com mais fragilidades resultantes não só de continuar a ser um dos países menos desenvolvidos do mundo (posição 185 em 191 países no Índice de Desenvolvimento Humano), mas também da exposição contínua a eventos climáticos extremos e a conflitos armados, como o existente em Cabo Delgado desde 2017. Este foi também o país da CPLP mais afetado pela pandemia da covid-19 em termos de cobertura vacinal, onde os progressos notáveis obtidos em anos anteriores foram revertidos. No entanto, dadas todas essas condicionantes ligadas à pobreza, aos eventos extremos e ao conflito armado, Moçambique tem conseguido melhorar grande parte dos seus indicadores em saúde, com progressos muitas vezes superiores aos de países mais desenvolvidos, como a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.

Este estudo mostra uma CPLP díspar e a progredir a velocidades distintas desde o 25 de abril de 1975. Atualmente, os desafios globais são imensos, como o resultante atualmente da epidemia de mpox, que está a afetar, sobretudo, uma parte do continente africano, pondo a descoberto todas as fragilidades subjacentes a sistemas de saúde frágeis e subfinanciados. Como vimos, atualmente, a despesa em saúde per capita (em dólares) continua muito baixa na maior parte dos PALOP e Timor-Leste, principalmente em Moçambique, Angola e Guiné-Bissau, onde os valores em 2022 não excederam os US\$ 70 por habitante. Ora, são esses os países com cargas de doença mais elevadas da CPLP, nomeadamente nas crianças e nas doenças transmissíveis (IHME, Country Profiles).

Esse panorama é tão mais preocupante que, segundo um estudo realizado pelo IHME, a despesa corrente em saúde per capita em Moçambique não deverá aumentar até 2050, sendo os aumentos previstos para Angola e Guiné-Bissau relativamente baixos¹⁶. Desse modo, e conforme já salientado por Malta et al.¹⁵, é fundamental reforçar a construção de parcerias e intercâmbios entre a CPLP, especialmente no apoio aos países que, até o momento, apresentam piores desempenhos. Nesse contexto, deverá ser dinamizada a Rede do Institutos Nacionais de Saúde da CPLP assim como os grupos de trabalho intersetoriais de apoio à implementação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP.

CONCLUSÕES

Os indicadores de estado geral de saúde, de cobertura e de sistemas de saúde nos oito países da CPLP analisados nos últimos 50 anos revelaram perfis de saú-

de heterogêneos tanto nas duas décadas a seguir ao 25 de abril como mais recentemente. Todos os países melhoraram a sua performance, no entanto, fizeram-no com trajetórias diferentes e a um ritmo próprio, em parte devido às circunstâncias econômicas, financeiras, políticas e históricas que marcaram cada Estado-Membro nesses últimos 50 anos.

As guerras civis e outros conflitos armados, os desastres naturais e as alterações climáticas que têm fustigado muitos desses países condicionaram inevitavelmente o progresso em termos de indicadores de saúde. As desigualdades existentes entre Estados-Membros em 1975 persistem ainda atualmente, mas foram atenuadas em todos os domínios. Em um mundo cada vez mais instável e incerto, torna-se fundamental reforçar as redes e as parcerias de cooperação existentes entre Estados-Membros para que as trajetórias futuras desses indicadores continuem a progredir na direção mais certa, melhorando a qualidade de vida e bem-estar de todos.

APROVAÇÃO POR COMITÊ DE ÉTICA

Este estudo usa dados secundários disponíveis e de acesso livre. Como tal, não é necessária à sua aprovação por um Comité de Ética.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global reference list of 100 core health indicators, WHO/HIS/HSI/2015.3. Geneva: WHO; 2015
2. Macfarlane SB, AbouZahr C, Tangcharoensathien V. National Systems for Generating and Managing Data for Health. In: Macfarlane S, AbouZahr C, editors. The Palgrave Handbook of Global Health Data Methods for Policy and Practice. London: Palgrave Macmillan; 2019. p. 3-23. DOI: 10.1057/978-1-37-54984-6_1
3. The Demographic and Health Surveys. New Publications [Internet]. The DHS Program; 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/>
4. World Bank. The World by Income and Region [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html?_gl=1*jf56ii*_gcl_au*MTU3MTI0MDkxNC4xNzI1NDQzNjI1

5. Word Bank. GDP per capita (current US\$) [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: . <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
6. Word Bank. Life expectancy at birth, male (years) [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>
7. World Health Organization. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [Internet]. WHO. 2023 May 11 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1>
8. World Health Organization. Neonatal mortality rate (per 1000 live births) [Internet]. WHO. 2024 May 16. [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/E3CA-F2B/A4C49D3>
9. GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022;399(10341):2129-54. DOI: 10.1016/s0140-6736(22)00532-3
10. World Health Organization. Density of physicians (per 10 000 population) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 May 20 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/CCCEBB2/217795A>
11. World Bank. Immunization, DPT (% of children ages 12-23 months). WHO; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?view=chartDPT> coverage
12. World Health Organization. Global Health Expenditure [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <http://apps.who.int/nha/database>
13. Martins N, Gusmao C, Martins J, Viegas O. Timor-Leste: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. Geneva: WHO; 2023.
14. Delgado AP, Tolentino AC, Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. Hum Resour Health. 2017;15(1):5. DOI: 10.1186/s12960-017-0180-9
15. Malta DC, Araújo VEM, Cardoso LSM, Silva AG, Veloso GA, Hartz ZMA, et al. Metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas com a saúde nos Países de Língua Portuguesa, 1990 a 2030. In: Malta DC, Araújo VEM, Cardoso LSM, Silva AG, Veloso GA, Hartz ZMA, organizadores. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e Determinantes

Sociais da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2024. p. 20-37. (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, v. 11).

16. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2023: The Future of Health Financing in the Post-Pandemic Era. Seattle, WA: IHME; 2024.

Não existem conflitos de interesse



SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA: EVOLUÇÃO E DESAFIOS

ÉVOLUTION ET DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ANGOLA

ANGOLA'S HEALTH SYSTEM: PROGRESS AND CHALLENGES

Luís Sambo¹

Raul Feio²

1. Médico, PhD, Especialista em Saúde Pública, Investigador, Global Health and Tropical Medicine do IHMT-Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Professor Convidado, Centre for Systems Studies, University of Hull, UK
Telefones +244 937252440 e +351964456545. sambo@nzila.net Luanda, Angola; <https://orcid.org/0009-0005-1309-3896>

2. Médico, Diplomado em Medicina Tropical e Saúde Pública, IHMT, Lisboa. Especialista em Saúde Pública. Prof. Associado, Faculdade Medicina, Universidade Agostinho Neto, Angola. Telefone +244 923 364 552. feirjlopes@gmail.com. Luanda, Angola.

Resumo

O Sistema de Saúde de Angola tem enfrentado desde 1975, desafios decorrentes da evolução dos contextos políticos, económicos e sociais e das transições demográfica, epidemiológica e nutricional. A Paz alcançada em 2002 trouxe impactos positivos para a sociedade e para os sistemas de saúde em particular. A população, estruturalmente jovem, aumentou cerca de seis vezes em 50 anos, e a taxa de urbanização, em torno de quatro vezes, com concentração no litoral e na capital, Luanda, acentuando as assimetrias regionais. Até a década de 1990, as doenças infecciosas, malnutrição e transtornos perinatais constituíam os principais problemas de saúde pública com forte impacto negativo na saúde materna e sobrevivência infantil. As determinantes da saúde e as mudanças dos estilos de vida têm modificado o perfil epidemiológico para um triplo fardo de doenças transmissíveis, não transmissíveis e lesões, em especial as da sinistralidade rodoviária e a persistência de surtos epidémicos recorrentes, que desafiam a capacidade de resposta e desempenho do sistema. O financiamento da saúde pelo Estado não tem atingido níveis aceitáveis em relação aos propostos pela União Africana, favorecendo despesas de saúde catastróficas nas famílias vivendo em contexto de pobreza multidimensional. As reformas têm favorecido o desenvolvimento de recursos humanos, em especial, médicos e enfermeiros e infraestruturas sanitárias, incluindo apetrechamento. Os investimentos centrados em infraestruturas hospitalares de nível terciário continuam a ser impulsionados até esta data com elevadas exigências em termos de tecnologia de ponta, pessoal especializado e elevados orçamentos de funcionamento que comprometem a eficiência e a efetividade do sistema. No âmbito dos cuidados de saúde primários, em particular nas atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, os investimentos foram insuficientes, e em consequência, os ganhos em saúde foram preteridos, traduzindo-se em um índice de cobertura de saúde universal baixo e níveis de iniquidade significativos em relação às áreas rurais e suburbanas. Persistem fragilidades no processo de produção de bases factuais que comprometem a liderança e gestão do sistema de saúde, combinadas com determinantes desfavoráveis decorrentes da volatilidade económica, do gradiente social e das ameaças do meio ambiente. Os progressos alcançados na esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil e mortalidade materna são ainda insuficientes ante as potencialidades do país, refletindo dissonância entre as políticas e a legislação por um lado e as realizações tangíveis por outro.

Palavras-chave: determinantes de saúde, política de saúde, sistema de saúde, transição em saúde, cobertura de cuidados de saúde, organização e gestão, financiamento da saúde, equidade em saúde, estado de saúde.

Résumé

Le système de santé angolais fait face depuis 1975, aux défis découlant de l'évolution des contextes politiques, économiques et sociaux et des transitions démographiques, épidémiologiques et nutritionnelles. La paix obtenue en 2002 a eu un impact positif sur la société et sur le système de santé en particulier. La population, structurellement jeune, a augmenté en cinquante ans environ six fois et le taux d'urbanisation environ quatre fois, avec une concentration sur la côte et dans la capitale, Luanda, accentuant les asymétries régionales. Jusque dans les années 1990, les maladies infectieuses, la malnutrition et les troubles périnatals constituaient les principaux problèmes de santé publique avec un fort impact négatif sur la santé maternelle et la survie de l'enfant. Les déterminants de la santé et les changements des modes de vie ont modifié le profil épidémiologique vers un triple fardeau de maladies transmissibles, maladies non transmissibles et les blessures, notamment celles causées par des accidents de la route, et la persistance d'épidémies récurrentes, qui mettent à l'épreuve la performance et la capacité de réponse du système. Le financement de la santé par l'État n'a pas atteint des niveaux acceptables par rapport à ceux proposés par l'Union africaine, favorisant les dépenses de santé catastrophiques auprès des familles vivant dans un contexte de pauvreté multidimensionnelle. Les réformes ont favorisé le développement des ressources humaines, notamment des médecins et des infirmières, et des infrastructures de santé, y compris les équipements. Les investissements axés sur les infrastructures hospitalières de niveau tertiaire continuent à être entreprises jusqu'à présent, avec des exigences accrues en termes de technologie de pointe, de personnel spécialisé et de budgets de fonctionnement, que remettent en question l'efficience et l'efficacité du système. Dans le cadre des soins de santé primaires, en particulier pour ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention des maladies, les investissements ont été insuffisants et, par conséquent, les acquis en matière de santé ont été négligés, ce qui a entraîné un faible indice de couverture sanitaire universelle et des niveaux d'inégalité importants par rapport aux zones rurales et suburbaines. Des faiblesses persistent dans le processus de production des bases factuelles pour la prise de décisions, ce qui affaiblit le leadership et la gestion du système de santé, combiné à des déterminants défavorables qui découlent de la volatilité économique, du gradient social et des menaces environnementales. Les progrès réalisés en matière d'espérance de vie à la naissance, de mortalité infantile et de mortalité maternelle sont encore insuffisants compte tenu du potentiel du pays, reflétant une dissonance entre les politiques et législations d'une part et les réalisations tangibles d'autre part.

Mots clés: déterminants de la santé, politique de santé, système de santé, transition sanitaire, couverture des soins de santé, organisation et gestion, financement de la santé, équité en santé, état de santé.

Abstract

The Angolan Health System since 1975, has been facing the challenges arising from the unfolding of political, economic and social contexts, and demographic, epidemiological and nutritional transitions. The Peace achieved in 2002 brought positive impacts on society and the health system in particular. The population, structurally young, increased in fifty years around six times, and the urbanization rate around four times, with concentration on the coast and in the capital, Luanda, accentuating regional asymmetries. Until the 1990s, infectious diseases, malnutrition and perinatal disorders constituted the main public health problems with strong negative impact on maternal health and child survival. Health determinants and changes in lifestyles have been modifying the epidemiological profile to a triple burden of communicable and non-communicable diseases and injuries especially those resulting from road-traffic accidents, and the persistence of recurrent epidemics, which challenge the performance and response capacity of the system. Health system public expenditure has not reached acceptable levels in relation to those proposed by the African Union, furthering catastrophic healthcare expenses for families living in a context of multidimensional poverty. The reforms have favored the development of human resources, especially doctors and nurses, and health infrastructure, including equipment. Investments focused on tertiary level hospital infrastructures continue to be driven to date with high demands in terms of cutting-edge technology, specialized personnel and high operating budgets that compromise the efficiency and effectiveness of the system. In the scope of primary health care, particularly in health promotion and disease prevention activities, investments were deficient and as a result, health gains were missed. The universal health coverage index is low and levels of health inequity significant in relation to rural and suburban areas. Weaknesses persist in the process of generating evidence for decision-making, which compromises the leadership and management function of the health system, combined with unfavorable determinants arising from economic volatility, the social gradient and environmental threats. The progress made in life expectancy at birth, infant mortality and maternal mortality is still insufficient given the country's potential, reflecting a dissonance between policies and legislation on the one hand and tangible achievements on the other.

Keywords: health determinants, health policy, health system, health transition, health care coverage, organization and management, health financing, health equity, health status.

CONTEXTO

Desde 11 de novembro de 1975, quando se concretizou a emergência da República Popular de Angola como país soberano, a República de Angola¹, é um estado unitário, que apesar do conflito militar que ocorreu até 2002, mantém as fronteiras definidas desde o período colonial. Com uma extensa superfície de 1.246.700 km² e 4.837 km de fronteira terrestre e 1.650 km de fronteira marítima, o país faz fronteiras terrestres com a República do Congo a norte, a República Democrática do Congo (RDC) a norte e ao nordeste, Zâmbia a leste, Namíbia a sul, e a oeste banhado pelo Oceano Atlântico.

Angola é Estado-Membro da Organização das Nações Unidas (ONU) e da União Africana desde 1976, e integra a Southern Africa Development Community (SADC) e a Communauté Economique des États de l'Afrique Centrale (CEEAC). Essa dupla inserção e interface entre a África Central e África Austral, associada à existência de vias de comunicação inter-regionais importantes (rodoviárias com a África do Sul-Namíbia-Angola-RDC, e ferroviárias com a Zâmbia-RDC-Angola através do corredor do Lobito) e vastas fronteiras terrestres, facilita a circulação de grandes fluxos populacionais e de bens que aumentam o risco de propagação transfronteiriça de doenças, e que implicam desafios específicos na vigilância epidemiológica e na aplicação do Regulamento Sanitário Internacional.

Angola é um país multicultural, multilíngue e multirracial de matriz bantu, cuja língua oficial é o português, falada por mais de 71% dos habitantes, tendo como línguas nacionais mais faladas o umbundo, kikongo, kimbundo e o chokwe. A religião católica é a mais praticada por cerca de 41% da população, seguida da protestante, por 38%². A moeda nacional é o Kwanza (AOA), cuja taxa de câmbio em setembro de 2024 era de 1 USD = 925.90 AOA³. O país tem uma ampla diversidade morfológica, geológica, climatológica, pedológica e de vegetação⁴. Essa diversidade varia “desde o ultra deserto do Namibe, passando pelas áridas savanas das planícies costeiras, até uma transição biologicamente diversa na ingreme escarpa de Angola Ocidental”⁵.

Apesar dos progressos registados pelo programa de desminagem do país, persistem áreas delimitadas não desminadas, mas que não comprometem o potencial importante de solos aráveis e bacias hidrográficas ainda não exploradas. A infraestrutura colonial herdada foi profundamente abalada pelo êxodo maciço das lideranças e quadros técnicos, pelo contexto da Guerra Fria e outros desafios. O poder político emergente em 1975, que optou por um sistema unipartidário e economia de planeamento central, recorreu à cooperação internacional para recrutar o pessoal técnico necessário para assegurar o funcionamento do novo aparelho de Estado. Esse foi o modelo que prevaleceu até 1992, quando foi aprovada a Lei Constitucional da II República que definiu o “Estado

democrático, de direito” e enquadrhou o exercício da “iniciativa privada e cooperativa no domínio da Saúde, previdência e segurança social”¹.

Em 2024, a organização política e administrativa do país integrava 18 províncias que constituem o primeiro nível administrativo, geridas por Governadores Provinciais auxiliados por vice-governadores, nomeados pelo Presidente da República; 162 municípios no segundo nível administrativo, geridos por administradores municipais nomeados pelo Governador Provincial após consulta prévia com o Ministro da Administração do Território; e 559 comunas ao terceiro nível administrativo, geridos por administradores comunais nomeados pelos Governadores Provinciais, ouvido o Administrador Municipal. Uma nova divisão político-administrativa que entrará em vigor em 2025 foi promulgada recentemente, reajustando o país em 21 províncias, 326 municípios e 378 comunas⁶.

A liderança política tem sido assegurada, desde a independência, pelo partido Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), em um processo evolutivo de mudanças político-institucionais que conduziram a uma “trípla transição: da guerra à paz, de um Estado autoritário de partido único a um Estado democrático multipartidário e de uma economia socialista de planeamento central para uma economia liberal de mercado” concretizadas com as primeiras eleições gerais multipartidárias em 1992⁷. Após as eleições gerais de 2017, o país conta com novo Presidente da República sob a vigência da nova Constituição da República de Angola⁸. A governação daí decorrente implementa medidas de desconcentração e delegação de competências do nível central para os Governos Provinciais e Administrações Municipais⁹.

No âmbito das mais recentes disposições legais, as intervenções em nível provincial e municipal no domínio da saúde são da competência do Governo Provincial e da Administração Municipal respectivamente, com a supervisão metodológica do Ministério da Saúde; acompanhada de uma transferência lenta de recursos humanos, financeiros e materiais. A modalidade de governação em vigor prevê o “princípio da descentralização político-administrativa” com a criação de órgãos autónomos do poder local, autarquias, constitucionalmente previstas, mas ainda em processo de discussão em nível parlamentar.

DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE DOS ANGOLANOS

O impacto do conflito pós-independência, que decorreu com algumas intermitências até 2002 com o seu cortejo de destruição de infraestruturas, vítimas diretas, deslocação forçada de populações para fora das suas áreas habituais de residência e de trabalho, originou cerca de 4 milhões de pessoas deslocadas internas. Os efeitos indiretos

do conflito refletiram-se igualmente em comportamentos, atitudes e práticas individuais e sociais, com consequências na estruturação familiar, no sistema de saúde e em todos os outros determinantes da saúde. Nesse contexto, os transtornos da saúde mental, violência interpessoal e traumatismos por armas de fogo poderão estar associados aos efeitos indiretos do conflito armado.

O país enfrenta desafios sanitários associados à “volatilidade económica, vulnerabilidades sociais e riscos ambientais”¹⁰. Em nível macroeconómico o Plano de Desenvolvimento Nacional 2023-2027 prevê evolução da taxa de crescimento real do PIB de 3,05% em 2022 para 3,07% em 2027, e o do PIB per capita real de 1,613 milhares de kwanzas em 2022 para 1,616 em 2027¹¹. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estagnou nos últimos anos; os níveis de desemprego são de quase 32% em média, chegando a 60% entre os jovens; as taxas de informalidade são elevadas; e a inflação era de 20% no final de 2023, acompanhada de uma forte desvalorização da moeda local e de preocupações quanto a sustentabilidade da dívida¹⁰. Esse cenário económico impõe à sociedade, em especial às famílias mais vulneráveis, desafios críticos em nível da satisfação das necessidades básicas (alimentação, saúde e educação), contribuindo para o aumento do nível de pobreza monetária de 21,4% em 2000 para 31,1% em 2021 e multidimensional na ordem dos 54% em 2020¹²⁻¹⁵.

As vulnerabilidades sociais, na opinião de alguns autores, traduzem-se no facto de a

[...] população angolana ter no seu quotidiano as necessidades sociais e de saúde negligenciadas pela imposição da burocracia excessiva, dificuldades institucionais, ausência de políticas sociais efetivas, ou seja, uma realidade que exige a construção de propostas alternativas, políticas sociais efetivas, para melhoria da saúde e da qualidade de vida^{15,16}.

As vulnerabilidades ambientais traduzem-se pela recorrência de eventos climáticos extremos que afetam as populações mais vulneráveis, causam danos materiais e comprometem os ganhos de saúde. As graves secas no sul do país, que estão na origem da insegurança alimentar, e a falta de água potável contribuem para o aumento da pobreza e da incidência de doenças de transmissão hídrica, doenças respiratórias agudas e doenças de transmissão vetorial, em detrimento da sobrevivência infantil em particular. Estudo referido pelo Banco Mundial concluiu que,

[...] num cenário consistente com os atuais compromissos climáticos, as crianças angolanas nascidas em 2020 estariam expostas a cerca de 10 vezes mais ondas de calor, cinco vezes mais perdas de colheitas e três vezes mais à eventos extremos em geral do que alguém nascido em 1960¹⁷.

Isso sugere que os serviços e programas de saúde de Angola integrem aspectos relativos aos riscos ambientais¹⁷.

EVOLUÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ANGOLANOS

Angola, vive uma transição em saúde refletida na evolução dos indicadores demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Em termos da transição demográfica, a população total passou de cerca 5,949 milhões em 1973¹⁸ para perto de 24,9 milhões em 2014², evoluindo a densidade demográfica de 4,8 para 20 habitantes por km² durante a qual se verificaram profundas alterações na distribuição da população na sequência dos fluxos populacionais induzidos pela insegurança provocada pelo conflito armado. Por exemplo, em relação ao total da população do país, entre 1973 e 2014, na região litoral (províncias costeiras de Cabinda a Moçâmedes/Namibe), a população passou de 29,3% a 53%; e em Luanda, capital do país, de 9,9% para 27,9% durante o mesmo período. A taxa de urbanização evoluiu de 16,8% em 1970 para 62,6% em 2014. A idade média da população em 2014 era de 20,6 anos, com 47,3% da população com idade compreendida entre 0 e 14 anos, e 2,4% com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Entre os principais indicadores demográficos obtidos no Censo de 2014 e projetados para 2024, destacam-se: aumento da taxa de crescimento natural de 2,9 para 3,0%; redução da taxa global de fecundidade de 5,5 para 5; redução da taxa bruta de mortalidade por mil habitantes de 9,2 para 7,1; e aumento da esperança de vida ao nascer de 60,9 para 63,4¹⁹. Em 2024, a população do país estava estimada em 35,121 milhões de habitantes de acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística a partir do Censo de 2014.

A transição epidemiológica é caracterizada pela coexistência de um elevado peso de doenças infecciosas, malnutrição infantil, índices ainda elevados de mortalidade infantil, mortalidade materna e neonatal, tendência crescente das doenças crónicas não transmissíveis (nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, cancro, insuficiência renal), níveis preocupantes de traumatismos por sinistralidade rodoviária e violência; impulsionada pela migração da população dos meios rurais para as cidades, explosão demográfica, viagens transfronteiriças, adoção de novos padrões de consumo e comportamentos de maior risco.

A taxa de mortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos melhorou de 274/mil NV em 1996²⁰ para 68/mil NV em 2015²¹; taxa de mortalidade infantil de 150/mil NV em 2001²² para 44/mil NV em 2015²¹; e taxa de mortalidade neonatal passou de 35/mil NV em 2005 para 14/mil NV em 2015²¹. De 2001 a 2016, o rácio de mortalidade materna melhorou de 1.400 para 239/100 mil NV. O sistema de saúde mostrou-se, contudo, ainda vulnerável com ocorrências de epidemias de cólera, raiva, sarampo, malária, doença de Marburgo, dengue, febre amarela e covid-19. Durante a pandemia, o governo fez investimentos importantes, contudo insuficientes para alcançar as competências es-

senciais previstas no Regulamento Sanitário Internacional, nomeadamente em termos de coordenação e comunicação do ponto focal nacional, vigilância epidemiológica, capacidade de preparação e resposta, comunicação dos riscos e perigos relacionados com zoonoses, segurança alimentar, emergências químicas e radioativas, e participação das comunidades nas intervenções a favor da saúde.

A transição nutricional decorre do nível de segurança alimentar e das boas práticas em matéria de nutrição durante, principalmente, os primeiros mil dias de vida. O primeiro inquérito da pobreza multidimensional revelou que a nutrição contribuía para as privações em cerca de 13% nas áreas urbanas e 10% nas áreas rurais²². Os dados disponíveis mais recentes indicam que a prevalência de subalimentação em Angola é de 14%; a desnutrição crónica nas crianças com idade inferior a 5 anos é de 38%. Embora o governo tenha como prioridade a diminuição dos níveis de malnutrição da população por meio da melhoria das condições de acesso à alimentação, a implementação dessa política revela que a despesa pública para aumento da capacidade de produção agrícola foi de 4,5% em 2014 e 1,6% em 2016²³.

As dez principais causas, por ordem decrescente, de mortalidade prematura, anos de vida perdidos (YLLs), verificadas em 2010 em relação a 1990 foram as doenças diarreicas agudas, malária, infecções respiratórias agudas, VIH/SIDA, malnutrição, transtornos neonatais, sinistralidade rodoviária, meningite, anomalias congénitas e sífilis²⁴. Todas integravam as dez principais causas de mortalidade prematura em 1990, com exceção do sarampo, que desceu para 25^a causa em 2010, e VIH /SIDA, que passou de 24^a causa de 1990 para 4^a em 2010. As dez principais causas, por ordem decrescente de morte e incapacidade (DALYs), entre 2011 e 2021 foram: transtornos neonatais, malária (aumentou em relação a 2011), VIH /SIDA (aumentou em relação a 2011), covid-19, sinistralidade rodoviária, infecções respiratórias agudas, tuberculose, doenças diarreicas, anomalias congénitas e doenças cerebrovasculares (aumentaram em relação a 2011)²⁵.

O sistema de informação em saúde e da vigilância epidemiológica em particular continua a ter problemas de qualidade dos dados primários, da oportunidade, cobertura e notificação, que comprometem a qualidade da resposta. Reconhece-se o valor dos investimentos feitos na formação em epidemiologia de campo, no laboratório de referência do Instituto Nacional de Investigação em Saúde (INIS) e do Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA), na introdução e expansão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), do DHIS2, e experiências-piloto de telessaúde; para além dos apoios internacionais, especialmente da OMS, Centers for Disease Control and Prevention – CDC Atlanta e CDC África.

O país é vulnerável a epidemias por doenças de transmissão hídrica, como cólera; doenças de transmissão vetorial, como malária, febre amarela e dengue; zoonoses, como raiva, carbúnculo; e outras potencialmente epidémicas , como doença de Marburgo.

A baixa cobertura da vacinação de rotina e respostas insuficientes aos surtos anteriores levaram à circulação, ainda em 2024, do Poliovírus derivados vacinais do tipo 2, tanto em nível ambiental como humano^{26,27}. As medidas tendentes a erradicar a dracunculose do território nacional continuam na província do Cunene²⁸.

A malária tem sido a primeira causa de morbilidade e mortalidade, contribuindo de forma significativa para a mortalidade infantojuvenil e materna, afetando a capacidade de trabalho da população em idade produtiva e contribuindo para o absentismo escolar²⁹. Em 2018, o número de casos novos de malária foi de 4.022.217 (10.523 óbitos), 2020 com 7.186.716 casos (12.195 óbitos) e 2022 com 9.221.214 casos (12.474 óbitos)³⁰ – essa doença mantém-se endémica, com picos epidémicos sezonais, havendo registo de estirpes de plasmódio resistentes aos antipalúdicos habituais. Os objetivos gerais do plano estratégico de controlo da malária 2021-2025, de reduzir em 40% a morbilidade por malária até 2025 (linha base 2020) e de reduzir em 50% a mortalidade por malária até 2025 (linha de base 2020), dificilmente serão atingidos, considerando a tendência da incidência nos últimos anos.

A infecção por VIH /SIDA apresenta uma tendência decrescente da incidência na população geral de 1,33/mil em 2010 para 0,52/mil em 2021; enquanto o número de pessoas vivendo com o VIH aumentou de 250 mil para 320 mil; e número de óbitos anuais associados ao VIH foi de 15 mil durante o mesmo período³¹. Em 2017, a cobertura de tratamento de grávidas seropositivas era de 40%, e a transmissão materno-fetal era de 20%, em um ambiente de seroprevalência relativamente baixa comparando com os países vizinhos da África Austral.

A tuberculose apresenta-se de forma grave sob o ponto de vista epidemiológico e do impacto em termos de mortalidade específica. O número de casos registados aumentou de 43.523 em 2007³² para 68.268 em 2023³³, e a taxa de incidência tem aumentado progressivamente de 207/100 mil habitantes em 2007³² para 325/100 mil em 2023³³. Os principais desafios relacionam-se com financiamento insuficiente, acesso irregular aos medicamentos antituberculosos, farmacorresistência aos medicamentos de 1^a e 2^a linha, coinfecção com o VIH e elevadas taxas de abandono do tratamento³⁴.

Durante o biênio 2016-2017, a hipertensão arterial com 214.208 casos (517 óbitos) e 240.115 (718 óbitos) e a diabetes com 18.445 casos (403 óbitos) e 14.477 (470 óbitos) figuram entre as doenças crónicas de mais elevada incidência; enquanto os traumatismos por acidentes rodoviários com 7.253.646 casos (29.751 óbitos) em 2016 e

7.152.345 casos (25.451 óbitos) em 2017 figuravam como a segunda causa de mortalidade no país³⁵. Os casos de cancro, atendidos no Instituto Angolano de Luta contra o Cancro (IACC), aumentaram de 813 em 2007 a 1.501 em 2022, com maior incidência, por ordem decrescente, no cancro da mama, colo do útero e pele não melanoma³⁶.

SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

A infraestrutura do Sistema Nacional de Saúde que transitou do período colonial foi-se ajustando à evolução e à complexidade do contexto político, económico e social do país a partir de 1975/76³⁷. Inicialmente, a retração da infraestrutura herdada limitou ainda mais a cobertura sanitária, pois funcionou com recursos e capacidades essencialmente endógenas nas áreas abrangidas pelo conflito até 2002. A partir desse ano marcado pelo fim da guerra civil e declaração da paz, foi possível uma melhor combinação da governação e gestão dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos nas unidades e programas de saúde; que contribuíram para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, em resposta aos desafios decorrentes da transição demográfica, epidemiológica e nutricional.

A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde estabeleceu o princípio de promoção e garantia, por parte do Estado, do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. De acordo com a referida lei, o Sistema Nacional de Saúde integra fundamentalmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é constituído por “todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde e dependentes do Ministério da Saúde”; integrando ainda os sectores privados lucrativos e não lucrativos em interação com a medicina tradicional. A componente pública do sistema de prestação de cuidados, o SNS está estruturado em três níveis: primário, referente a cuidados de saúde primários; secundário, para a rede hospitalar polivalente; e terciário, respeitante à rede hospitalar diferenciada³⁸.

A estruturação do SNS evoluiu de um modelo inicial centralizado, Delegações Provinciais de Saúde dependentes do nível central, para modelos desconcentrados com Direções Provinciais de Saúde, atualmente Gabinetes Provinciais de Saúde (Secretariado Provincial de Saúde em Cabinda) dependentes e nomeados pelos Governadores Provinciais. No nível provincial, os Ministérios das Finanças e o da Administração do Território estão também envolvidos, com competências delimitadas e definidas. Os sistemas municipais de saúde sob a coordenação técnica dos Chefes de Repartição de Saúde são geridos pelos administradores municipais, nomeados e subordinados aos Governadores

Provinciais. Um estudo sobre o processo de descentralização do SNS de Angola de 2000 a 2007 concluiu que foram registados avanços nomeadamente

[...] na passagem da dependência administrativa das direções provinciais e repartições municipais da saúde para os órgãos da administração local do estado e a autonomia administrativa e financeira dos hospitais centrais e gerais e parcialmente dos hospitais municipais³⁹.

De acordo com a Política Nacional de Saúde, a saúde é um direito humano fundamental. O direito à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade de trabalho está garantido constitucionalmente a todos os cidadãos⁴⁰.

Depois de 2012, a reconstrução das infraestruturas e a reativação dos serviços afetados pelo conflito resultaram da implementação da estratégia de desenvolvimento “Angola-2025” que prossegue continuada desde 2021 com a Estratégia Longo Prazo “ELP-Angola 2050”⁴¹. Com esta, alinha-se o Plano de Desenvolvimento Nacional em curso, o PDN 2023-2027, que foi precedido pelos PDN 2013-2017 e PDN 2018-2022.

O novo ciclo governativo, a partir de 2022, passou a enfrentar desafios decorrentes do ajustamento às mudanças do contexto, desde logo com o início da implementação da Estratégia de Longo Prazo-Angola 2050, que substituiu a Estratégia Angola 2025. O PDN 2023-2027, já em alinhamento com a Estratégia a Longo Prazo, está em curso, com uma anunciada mudança do sistema nacional de planeamento para 2025 e realização de novo censo da populacional marcado para setembro de 2024. Outrossim, existe legislação específica que regula o licenciamento e o exercício da atividade privada na prestação de cuidados de saúde, laboratórios, farmácias e ervanárias.

Os indicadores de infraestruturas de saúde melhoraram desde a independência nacional. Enquanto a população total do país aumentou de 5,949 milhões de pessoas em 1973 para 28,359 milhões de pessoas em 2017, o número total de camas no sector público aumentou durante o mesmo período de 9.471 para 18.985. Em 2012, o país contava com um total de 2.356 unidades de saúde, entre as quais 160 postos de saúde, 331 centros de saúde, 43 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 83 unidades de outras naturezas⁴². De 1988 a 2014, o número de unidades sanitárias aumentou do seguinte modo: hospitais nacionais e provinciais, de 26 para 39; hospitais municipais e centros de saúde, de 335 para 722; e postos de saúde, de 1.569 para 2.069³⁷. O número de unidades de saúde privadas aumentou igualmente, sobretudo na capital, com a seguinte diferenciação em 2017: 120 clínicas privadas, das quais mais de 50% em Luanda; 885 consultórios médicos, dos quais 70% na capital; 307 gabinetes médicos de especialidade, entre os quais mais de 90% em Luanda; 126 laboratórios, dos quais mais de 60% em Luanda; e 941 postos de enfermagem, dos quais 45% na capital do país³⁵.

As intervenções relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença são asseguradas por Programas Nacionais de Luta contra doenças específicas, incidindo sobre as mais preocupantes sob o ponto de vista epidemiológico. Tais programas de saúde pública operam de forma vertical até o nível municipal, em que se integram nas estruturas dos cuidados de saúde primários e contam com financiamento misto do Estado e de agências de cooperação internacional. A estrutura de prevenção mais importante e atuante é o Programa Alargado de Vacinação (PAV ou vacinação de rotina), que, em conjunto com a aplicação da estratégia de Tratamento Integrado das Doenças da Infância (TIDI), constitui a principal alavanca para melhorar a saúde das crianças com idade inferior a 5 anos. Os níveis de cobertura vacinal de 2011 a 2022 decresceram de acordo com os dados seguintes: contra a tuberculose – BCG, de 74 % para 60 %; DTP3 (difteria-tétano-tosse convulsa), de 52% para 42%; sarampo, de 57% para 37%; e contra a poliomielite (POL3), de 50% para 41%⁴³. Para além do programa de vacinação, na Direção Nacional de Saúde Pública, existem outras estruturas que atuam no sentido de garantir as intervenções referentes à prevenção das doenças e à promoção da saúde, visando melhorar os comportamentos, as atitudes e as práticas da população a favor da saúde.

O *Índice de Cobertura Universal de Saúde*, que integra os cuidados essenciais relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, capacidade e acesso aos serviços, em Angola, foi de 36% em 2017, 40% em 2019 e 39% em 2021⁴⁴.

RECURSOS HUMANOS

A Força de Trabalho é a componente do sistema de saúde que garante a disponibilidade de pessoas com conhecimentos, competências e motivação para prestação de cuidados de saúde no sistema formal e informal, atuando em coordenação com as componentes encarregadas da infraestrutura e das tecnologias de saúde⁴⁵. O direito dos cidadãos à saúde está constitucionalmente estabelecido, assim como o compromisso nacional em relação à Cobertura Universal da Saúde no âmbito dos ODS. Esse desiderato requer uma diversidade ampla de profissionais de saúde e outros trabalhadores de apoio, motivados, tecnicamente capacitados, ética e profissionalmente imbuídos de valores e princípios que dignifiquem a pessoa humana.

No contexto angolano, os seguintes momentos podem ser identificados na trajetória do desenvolvimento da força de trabalho em saúde, que se seguiu a fase colonial:

- I. Transição para a independência de maio 1974 a novembro 1975 – o êxodo súbito de profissionais de saúde durante o período comprometeu profundamente o

- funcionamento da rede e serviços sanitários existentes, incluindo instituições de formação de profissionais de saúde;
- II. Enquadramento e otimização da força de trabalho nacional existente de 1975 a 1991 – foram recrutados alguns médicos, incluindo os provenientes das Forças Armadas Populares de Libertação de Angola (FAPLA), mas maioritariamente enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde de assistência rural e outros técnicos de saúde provenientes de vários sectores públicos e privados. Esta fase contou com o apoio das agências especializadas da ONU, em especial OMS e UNICEF, grupos de apoio provenientes da Suécia, Países Baixos e países socialistas, com destaque para Cuba e União Soviética. Nesse período, foram desenvolvidas as experiências estruturadas de enquadramento de agentes de saúde comunitários: os “promotores de saúde rurais”, “defensoras de saúde” e “parteiras tradicionais recicladas”, posteriormente descontinuadas à medida que eram substituídos por auxiliares de enfermagem e técnicos médios de saúde. Manteve-se o funcionamento ininterrupto da Faculdade de Medicina, e foi estruturada uma rede instituições de formação de técnicos de saúde – os Institutos Médios de Saúde – que substituíram progressivamente as Escolas Básicas de formação de Auxiliares de Enfermagem, incluindo as vinculadas às confissões religiosas em Caluquembe e no Tchiulo⁴⁶;
 - III. Transição para multipartidarismo e economia de mercado – com o sector privado em expansão e competindo com o sector público, a fase de 2002 a 2008 correspondeu ao fim do conflito militar e foi marcada por enquadramento e integração dos profissionais de saúde provenientes das estruturas sanitárias da União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA) na força de trabalho do SNS, no quadro da Governo de Reconciliação e Unidade Nacional (GURN), em que a pasta da Saúde foi assegurada por quatro Ministros provenientes da UNITA;
 - IV. Pós-pandemia da covid-19 de 2020 a 2022: – nessa fase, conjugaram-se o impacto negativo da pandemia sobre o sistema de saúde, a baixa da produção e do preço do petróleo e a consequente desaceleração económica; aos quais se juntou o regresso ao país de um número importante de profissionais da saúde ex-bolseiros; em um contexto de agravamento do custo de vida que concorreu para uma crise na função pública geral, e que se traduziu no sector da saúde, pelo duplo emprego, insatisfação das condições remuneratórias e de trabalho, baixa produtividade, paralisações e greves.

O Plano Nacional de Formação de Quadros (PNFQ) 2013-2020 previu, no domínio da saúde, a formação de mestres (240 em medicina, 27 em medicina dentária, 400 em

enfermagem e 49 em ciências farmacêuticas) e doutores (50 em medicina, 19 em medicina dentária, 100 em enfermagem e 14 em ciências farmacêuticas), tendo como principais estratégias o levantamento das instituições nacionais com potencialidades para o efeito, a reorientação da política nacional de bolsas de estudo, a fixação de prioridades específicas e a elaboração de um programa nacional de doutoramentos⁴⁷. Recentemente, a Comissão Interministerial presidida pela Vice-Presidente da República redinamizou a implementação do PNFQ⁴⁸.

No tocante à disponibilidade de recursos humanos para a saúde, estes têm, de modo geral, aumentado em número e diversidade desde a data da independência nacional graças a uma política e legislação que permitiu a formação e o recrutamento de profissionais de saúde e facilitou os passos no sentido da descentralização dos serviços de saúde, para melhorar a cobertura e a qualidade dos cuidados. A densidade de médicos em nível nacional aumentou de 0,7 para 2,2 por cada 10 mil habitantes de 1988 a 2022; a densidade de enfermeiros em nível nacional melhorou durante o mesmo período de 1 para 8,4 por cada 10 mil habitantes^{49,50}; estando a força de trabalho especializada concentrada nos centros urbanos, nomeadamente na capital do país, onde se localizam as unidades de saúde de nível terciário e especializadas. Por exemplo, do total de 103.546 enfermeiros, dos quais 8,6% de nível superior, 87% de nível médio e 4,4% nível básico; 48% estão colocados em Luanda, 9,2% em Benguela, 9% no Huambo e os restantes pelas outras 15 províncias⁵¹.

O governo atual impulsiona investimentos centrados nas infraestruturas de saúde, em especial hospitais de nível terciário e secundário. O Ministério da Saúde⁵², por meio do recém-criado Instituto de Especialização em Saúde (IES)⁵³, implementa o Plano Emergencial de Formação de Especialistas em medicina familiar, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia. O IES também tem atribuições específicas na formação especializada de enfermagem⁵⁴ e restantes carreiras do SNS. Desafios adicionais poderão advir para a força de trabalho especializada em um mercado de saúde, como o atual, competitivo e com um quadro regulatório incipiente⁵⁵.

FINANCIAMENTO

O financiamento é uma função integral do sistema de saúde, relacionada com a arrecadação e o dispêndio de dinheiro para cuidados de saúde. A sua utilidade consiste em facilitar as interações entre os prestadores dos cuidados e a população geral⁴⁵. Uma estratégia nacional de financiamento da saúde deveria concorrer para a cobertura universal dos cuidados de saúde com eficiência, equidade e sustentabilidade; mobilizando os recursos necessários, gerindo-os de forma racional de acordo com as evidências, e

protegendo os cidadãos de despesas catastróficas para a saúde. O financiamento da saúde pelo Estado é um dos principais indicadores do sistema de saúde que é objeto de monitoria internacional e que tem como referências: i) despesas per capita por ano superiores a 86,3 USD; ii) mobilização para saúde superior a 5% do PIB; iii) gastos para saúde superiores a 15% do total das Despesas Públicas (OGE); e iv) despesas diretas feitas pelas famílias em saúde inferiores a 20% do orçamento familiar^{56,57}.

A Constituição da República, a Política Nacional de Saúde e a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde fundamentam que o financiamento da saúde seja essencialmente garantido pelo Estado, por meio da mobilização de impostos. A contribuição do orçamento geral do Estado para as despesas totais de saúde foi da ordem dos 64% em 2014 e 46% em 2017; indo de encontro ao princípio do universalismo em saúde em que o Estado assume os custos de todos os cuidados de saúde para todos. A ajuda externa ao desenvolvimento sanitário do país correspondeu a 2,63% das despesas totais de saúde em 2014; enquanto em 2017, o setor privado e os seguros contribuíram com 16%^{56,58}.

Em relação à evolução do nível e categorias de despesas para a saúde, constatou-se que os indicadores que refletem o grau de priorização atribuída ao setor saúde evoluíram da seguinte forma: a % do PIB dedicado à Saúde decresceu de 2,78% em 2001⁵⁹ para 1,70% em 2022⁶⁰; e a % Saúde no total Despesas Públicas decresceu de 6,01% em 2001⁵⁸ para 4,90% em 2022⁶⁰. Os pagamentos diretos equivalentes aos contributos das famílias correspondem a 24% e 34% em 2014 e 2017 respectivamente, incorrendo a níveis catastróficos de despesas, motores de empobrecimento extremo das franjas mais desfavorecidas da população. Importa salientar que o financiamento público para a saúde é influenciado por vários fatores, entre os quais o crescimento anual do PIB, que decresceu no período entre 2011 e 2018, a dívida bruta geral do Estado em relação ao PIB, que se elevou a 89,9% em 2020 e decresceu para 74% em 2024⁶¹, e a capacidade de cobrança das receitas fiscais, que foi de 9,2% em 2017, inferior aos 15% que seriam desejáveis⁵⁶.

O agrupamento e a distribuição dos recursos para o SNS e outros subsistemas de serviços públicos de saúde, não tutelados pelo Ministério da Saúde (caso dos serviços de saúde dependentes dos Ministérios da Defesa, Interior, Recursos Minerais, Petróleo e Gás e outros) são assegurados pelo Ministério das Finanças no âmbito do Orçamento Geral do Estado. Após a definição dos limites da despesa, distribuem-se os tetos de despesa aos Departamentos Ministeriais, Governos Provinciais e Administrações Municipais, e estes aos seus órgãos dependentes. No caso do SNS, o Ministério da Saúde distribui aos hospitais nacionais e institutos públicos tutelados; os Governos Provinciais, aos hospitais provinciais e gabinetes provinciais de saúde; e as Administrações Municipais, aos hospitais municipais, centros de saúde, postos de saúde e direções municipais de saúde.

O país não dispõe ainda de uma estratégia nacional de financiamento da saúde que articule as abordagens recomendadas pela OMS⁶² para aumentar a receita, agregar e redistribuir recursos, melhorar a compra de bens e serviços, e melhorar a gestão-administração dos fundos. Tal estratégia, alinhada ao processo de desconcentração/descentralização administrativa, deveria, por um lado, contribuir para o alinhamento do financiamento do nível central, provincial e municipal de forma complementar e sinérgica; e por outro, promover o financiamento misto, otimizando a contribuição do Estado com o da cooperação internacional e dos setores privado e filantrópico, de modo a aumentar a eficiência e o impacto dos investimentos e intervenções de saúde.

Tem-se registado recentemente uma tendência para aumento de fundos do Estado para a saúde, contudo a sua previsibilidade e sua combinação com fundos externos não garantem ainda a estabilidade dos fluxos financeiros para as unidades sanitárias, instituições e programas orçamentados. Em uma estratégia mais ampla de financiamento da saúde que incluisse também reformas fiscais visando o SNS, o país poderia mobilizar mais recursos para a saúde, diminuir o nível de pagamentos diretos das famílias para menos de 20%, aumentar a eficiência e facilitar a estratégia de cobertura universal em saúde rumo à concretização da política nacional de saúde. A produção e a utilização das evidências científicas deveriam evitar desperdícios nos investimentos e utilização dos recursos, melhorar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis e contribuir para mais ganhos em saúde.

Um conjunto de indicadores selecionados do sistema de saúde angolano estão summarizados nos anexos 1 e 2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde de Angola que emergiu de um passado colonial foi alvo de um processo evolutivo de reformas conduzidas por governos sucessivos, as quais foram condicionadas por desafios históricos, políticos, institucionais, demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Ao longo das diferentes transições ocorridas, a componente pública continua a ser o suporte principal do Sistema Nacional de Saúde. Apesar da opção, ainda vigente, da implementação de um SNS tutelado pelo Ministério da Saúde, a falta de regulamentação deste tem contribuído para a ineficiente articulação dos subsistemas públicos existentes em nível das Forças Armadas, Polícia, empresas nacionais, e os atuais 18 subsistemas provinciais de saúde geridos pelos Governos Provinciais e Administrações Municipais.

As reformas macroeconómicas e do sector da saúde definiram novas políticas, legislação e modelos de organização que proporcionaram alguns progressos. As fragi-

lidades internas do sistema de saúde, particularmente nas componentes da governação, liderança e gestão – combinadas com as determinantes desfavoráveis agindo no ambiente de operações em termos de volatilidade económica, vulnerabilidade social e ameaças do meio-ambiente –, comprometeram o desempenho do sistema de saúde e a celeridade dos progressos desejados em matéria de resultados de saúde. Ademais, persistem iniquidades entre os diferentes grupos populacionais que expõem os mais vulneráveis aos riscos de adoecer e morrer por dificuldades de acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros, em especial nas periferias urbanas e rurais mais recônditas, onde as famílias que vivem em condições de pobreza multidimensional enfrentam despesas de saúde catastróficas.

Apesar da explosão demográfica de 5,949 milhões do total de habitantes em 1973 para mais de 35 milhões em 2024; e de uma transição epidemiológica complexa caracterizada por elevadas incidências e prevalências de doenças infecciosas e de doenças crónicas, com níveis preocupantes de traumatismos por sinistralidade rodoviária, para além de epidemias recorrentes; melhoraram alguns indicadores de recursos e processo, tais como o número de unidades de saúde, o número de profissionais de saúde, desconcentração dos serviços de saúde; e melhoraram alguns indicadores de impacto como a mortalidade materno-infantil e a esperança de vida ao nascer. Contudo, os níveis de pobreza da população, a iniquidade no acesso aos cuidados de saúde de qualidade e o fraco investimento em políticas públicas de promoção da saúde e prevenção da doença continuam a comprometer a obtenção de melhores resultados, mantendo níveis ainda preocupantes dos principais indicadores de impacto do sistema de saúde.

Existe dissonância entre os princípios anunciados e formulados nas políticas e na legislação e a realidade sanitária. Os investimentos no sector da saúde têm ainda uma orientação fortemente hospitalocêntrica e enviesada para as tecnologias de ponta. Essa tendência, funcionalmente exigente em termos de financiamento, recursos humanos especializados e manutenção das infraestruturas, compete com os recursos necessários para garantir a efetividade de intervenções de saúde pública com maiores ganhos em saúde e a realização da cobertura universal em saúde por meio da implementação efetiva dos cuidados de saúde primários.

A advocacia de uma política de saúde transversal a todos os sectores e a literacia em saúde da sociedade constituem dois elementos críticos, que poderão potenciar o sistema de saúde para melhores resultados na prevenção das doenças e promoção da saúde. Encoraja-se a definição de uma estratégia nacional de financiamento da saúde que assegure a proteção social das pessoas mais vulneráveis e a sustentabilidade dos fluxos financeiros para as componentes operacionais do sistema; o aperfeiçoamento

dos critérios e processos de definição das prioridades para melhorar a relação custo-oportunidade e custo-eficácia; a utilização de bases factuais para planificação e atribuição de recursos; a melhoria dos processos de vigilância sanitária; monitoria, avaliação e prestação de contas; no quadro de uma liderança dialogante e inclusiva em relação aos diferentes actores e sectores envolvidos no processo de desenvolvimento sanitário nacional, aos níveis central, provincial e municipal.

REFERÊNCIAS

1. Assembleia do Povo (RPA). Lei n.º 23/92 de 16 de setembro. Aprova a Lei de Revisão Constitucional. Diário da República de Angola. 1992 set 16.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola. Luanda: Governo de Angola; 2014.
3. Banco Nacional de Angola. Portal [Internet]. Luanda: BNA; 2024 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.bna.ao/#/pt>
4. Dinis A, Castanheira A, Barros F. Regiões Naturais de Angola. Nova Lisboa, Angola: Instituto de Investigação Agronómica de Angola; 1969.
5. Huntley B, Russo V, Lages F, Almeida N. Biodiversidade de Angola: ciência e conservação: uma síntese moderna. Porto: Arte e Ciência; 2019.
6. Assembleia Nacional de Angola (RPA). Lei n.º 14/24 de 05 de setembro. Da Divisão Político-Administrativa. - Revoga a Lei n.º 18/16, de 17 de Outubro, Lei da Divisão Político-Administrativa, e toda a legislação que contrarie o disposto na presente Lei. Diário da República de Angola. 2024 set 5.
7. Pacatolo C. O domínio decrescente do MPLA no sistema partidário em Angola 2008-2022. Lisboa: UCP Editora; 2024.
8. Tribunal Constitucional (RPA). Constituição da República de Angola: Edição Especial Actualizada. Luanda, Angola: s. n.; 2022.
9. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 20/18 de 29 de janeiro. Estabelece o regime geral de delimitação e desconcentração de competências e coordenação da actuação territorial da Administração Central e da Administração Local do Estado. Diário da República de Angola. 2018 jan 29.

10. Nações Unidas. Angola: Relatório dos Resultados 2023 [Internet]. Luanda: Nações Unidas Angola; 2024 [citado 2024 set 13]. Disponível em: https://angola.un.org/sites/default/files/2024-07/Angola%202023%20Relatorio%20Resultados_Final.pdf
11. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial 225/23 de 30 de novembro. Aprova o Plano de Desenvolvimento Nacional de 2023 a 2027. Diário da República de Angola. 2023 nov 30.
12. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Índice de Pobreza Multidimensional de Angola. Luanda: INE, PNUD, OPHI; 2020.
13. Costa MN. *Angola 1975-2020: um percurso de empobrecimento e o eventual caminho para a prosperidade*. Lisboa: Lisbon International Press; 2022.
14. Banco Mundial. Angola country file update [Internet]. Luanda: World Bank; 2024 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx>.
15. Caneca A, Caximbe O, Sarreta F. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios. Rev Ang de Ciênc. 2021;3(2):350-70. DOI: [10.54580/R0302.05](https://doi.org/10.54580/R0302.05)
16. Bernardino L. A trajetória dos cuidados de saúde em Angola: de Alma-Ata a Astana. In: Barros FPC, Ferrinho P, organizadores. De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP [Internet]. Brasília, DF: Conass; 2022 [citado 2024 set 13]. p. 22-37. Disponível em: <https://saude.cplp.org/media/msfpzcx0/leiass-de-alma-ata-a-astana.pdf>
17. Banco Mundial. Angola: Country climate and development report. Washington, DC: World Bank Group; 2022.
18. Serviços de Saúde e Assistência de Angola. Síntese da actividades durante o ano de 1973. Luanda: Repúblida Portuguesa, Estado de Angola; 1973.
19. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Projecção da população 2014-2050. Luanda: INE; 2016.
20. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Inquérito de Indicadores Múltiplos. Luanda: INE, UNICEF; 1997.
21. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016. Luanda: INE; 2017.
22. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Reconciliação Nacional de Angola. Inquérito de Indicadores Múltiplos: Relatório Analítico. Luanda, Angola: INE, UNICEF; 2003.
23. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: Relatório Sobre os Indicadores de Linha de Base - Agenda 2030. Luanda: INE; 2018.

24. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Profile: Angola [Internet]. Seattle: IHME; 2023 [cited 2024 Sep 13]. Available from: https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/angola_2018_annex-3_GBD_profile_2010.pdf
25. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of DALYs [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
26. Organização Mundial da Saúde. Angola organiza reunião de análise global e metodológica para acelerar a vacinação [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 ago 23 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/angola-organiza-reuniao-de-analise-global-e-metodologica-para-acelerar-vacinacao>
27. Organização Mundial da Saúde. Angola prevê vacinar mais de 3.7 milhões de crianças na segunda ronda da campanha de vacinação contra a pólio [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 jun 28 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/angola-preve-vacinar-mais-de-37-milhoes-de-criancas-na-segunda-ronda-da-campanha-de-vacinacao-contra>
28. Organização Mundial da Saúde. OMS realiza missão para a erradicação da dracunculose em Angola [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 jul 12 [citado 2024 sep 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/oms-realiza-missao-para-erradicacao-da-dracunculose-em-angola>
29. Consultoria de Serviços e Pesquisas. Angola Malaria Indicator Survey 2006-2007. Maryland: CONSAUDE LDA (Angola) e Macro Internacional Inc.; 2007.
30. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Reunião Anual dos Programas Nacionais Sub-Regionais da Malária e dos Parceiros do CRSPC. Luanda: DNSP, Ministério da Saúde; 2023.
31. United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2022 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2022 [cited 2024 Aug 30]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2022_en.pdf
32. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Relatório 2015 do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Luanda: Direção Nacional de Saúde Pública, PNCT; 2016.
33. Organização Mundial da Saúde. Vamos Acabar com a Tuberculose em Angola! Luanda: OMS em África; 2023 nov 13.
34. Aznar ML, Rando-Segura A, Moreno MM, Soley ME, Igual ES, Bocanegra C, et al. Prevalence and risk factors of multidrug-resistant tuberculosis in Cubal, Angola: a prospective cohort study. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23(1):67-72. DOI: [10.5588/ijtld.18.0231](https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0231)

35. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Anuário Estatístico Sanitário 2017. Luanda: Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, MINSA; 2017.
36. Instituto Angolano de Controlo do Cancer. Painel [Internet]. Luanda: IACC; 2024 [cited 2024 ago 30]. Disponível em: <https://iacc-angola.ao>
37. Masseca CA. Angola 45 anos de Independência e 45 anos de Serviço Nacional de Saúde. In: Vera Cruz EC, Manuel CM, Quixina Y. Angola 45 Anos: o político, o social, o económico e o cultural. Luanda: Mayamba; 2021.
38. Assembleia do Povo (RPA). Lei 21-B/92 de 11 de Abril. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 1992 ago 28.
39. Oliveira MS. Processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
40. Presidente da República (RPA). Decreto presidencial n.º 262/10 de 24 de novembro. Política Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 2010 nov 24.
41. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 181/23 de 01 de setembro. Aprova a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo – Angola 2050. Diário da República de Angola. 2023 set 1.
42. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Luanda: MINSA; 2012. Vol. 1.
43. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Angola Estimates of Immunization Coverage, Revision [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/immunizationcoverage/wuenic>
44. Cabral J. Desafios no financiamento para a cobertura universal em saúde. Luanda: OMS Angola; 2022.
45. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.
46. Ferrinho P, Guimaraes N, Fronteira I, Fresta M. Formação Inicial em Ciências da Saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e técnicos de diagnóstico) em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior). Lisboa: IHMT; 2020.
47. Presidente da República (RPA). Comissão de Trabalho. Plano Nacional de Formação de Quadros. Luanda, Angola: Casa Civil do Presidente da República, Grupo CESO-CI; 2012.

48. Vice-Presidente da República (RPA). Comissão Interministerial. Implementação do Plano Nacional de Formação de Quadros [Internet]. Luanda: Governo de Angola; 2024 [citado 2024 Aug 30]. Disponível em: <https://www.vicepresidente.gov.ao/index.php/2024/08/12/vpr-orienta-reuniao-da-comissao-interministerial>
49. Ministério da Saúde (RPA), Departamento de Estatística do Gabinete do Plano Relatório Estatístico de 1989. Luanda: MINSA; 1989.
50. World Bank. Project Information Document – Human Resources for Universal Health Coverage in Angola – P180631 [Internet]. Washington, D.C.: The World Bank; 2024 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/document-detail/099051623093534710/p1806310ceeeaa10b0a505cec915f65f3>
51. Ordem dos Enfermeiros de Angola. Painel [Internet]. Luanda: Ordenfa; 2024 [citado 2024 ago 30]. Disponível en: www.orderfa.org
52. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 277/20 de 26 de outubro. Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde. Diário da República de Angola. 2020 out 26.
53. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 151/21 de 09 de junho. Cria o Instituto de Especialização em Saúde (IES), e aprova o seu Estatuto Orgânico. Diário da República de Angola. 2021 jun 9.
54. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 212/23 de 30 de outubro. Aprova o Regulamento sobre a Formação Especializada em Enfermagem no Sistema Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 2023 out 30.
55. Fronteira I, Dussault G, Buchan J. Rethinking Human resources for Health. Lisboa: Almedina; 2021.
56. African Union; United Nations Foundation and Global Fund. Quadro dos Resultados de África Sobre o Financiamento Interno para a Saúde. Ethiopia: African Union; 2014.
57. African Union. Quadro dos Resultados de África sobre o Financiamento Interno para a Saúde. Luanda: African Union, Global Fund, United Nations Foundation, WHO; 2020.
58. Ministério da Saúde (RPA). Relatório. Angola: Despesa Pública no Sector da Saúde 2000-2007. Estoril: Gabinete de Planificação, Estudos e Estatística & Principia Editora; 2007.
59. Finanças, Ministra das. Luanda: Jornal de Angola, 2024.
60. World Health Organization, Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a National Health Financing Strategy. Geneva: WHO; 2017. Guiding No 3.

ANEXO-I		ANGOLA: Indicadores Selecionados do Sistema de Saúde													
DÉCADAS		I 1975-1984		II 1985-1994		III 1995-2004		IV 2005-2014		V 2015-2024					
	ANOS	1973	1981	1984	1989	1993	2001	2004	2008	2012	2014	2016	2019	2020	2022
POPULAÇÃO F:	AI	A2	A4	A3	A4	A4	A4	A4	A4	A4	A19	A7	A8	A8	A8
(Milhão)	5.949	8.435	9.039	9.739	10.916	13.814	15.116	17.04	18.57	25.789	27.503	30.175	31.127	33.086	
RECURSOS F:	Al,ib	A3	A3+A17	A3	A5	A6	A6	A6	A23	A10	A11	A21	A22	A14	
Médicos/1.000 Hab	0.4	0.66/A9	0.53	0.7	0.57	0.5	0.5	0.94	0.12	0.12	na	1.06	1.38	1.8	1.8
MÉDICOS	258	561 1980	481	738	630	849 2003	1458 2005	1.899	2.095	nd	2.937 2015	4.165	5.610		
Enfermeiros/1.000 Hab	4	...	7.2	9.4	6.72	8.95	17.04	...	17.5 2010	na	12.2	10.95	12.8	14.1	
ENFERMEIROS	2.385	nd	6.518	9.192	7.342	13.135/1997	26.486 2005	nd	27.465 A9	nd	33.584 15	33.043	40.006		
Cemas/1.000 Hab	1.6	na	1.6	1.2	na	na	0.8	0.76	0.66	na	na	1.2	0.78	na	
CAMAS	9.477	nd	15.043	12.016	nd	nd	11.977 2005	12.480	11.825	nd	nd	24.382	24.439	nd	
Habitantes US	6.764	na	5.772	6.453	6.975	na	10.231	7.278	7.882	na	na	10.885	9.844	na	
H/HM+CS/PS	19/23/6/12	nd	33/14/2/139/1	26/24/6/123/7	31/24/6/123/8	nd	163/272/102/6	2.341	2.356	nd	nd	45/764/1963	3.162	nd	
% orçamento Saúde/PIB	nd	nd	nd	nd	nd	nd	2.78	1.58	1.97	nd	2.12	1.3	1.9	2.4	3
% orçamento Saúde/OGE	5.6	5.9	6.6	6.3	nd	6.01	4.42	3.68	nd	5	5.4	5.6	6.1	4.8	
(orçamento/despesa)	orc	orc	orc	orc	na	desp	desp	desp	orc 2007	na	desp	2017	orc	orc	orc
Per capita-AOA/USD	na	808/264	662/6/21,9	6/6/20	nd	/19,1	/20,4	nd	/115,25	/53	/75/A16	/46/A16	/60/A16		
COBERTURA F:	Al7	A17	A26	A25	Al2	Al3	A24	Al3	A24	Al5	A18			A14	
% Partos assistidos Pq	nd	15,3	22,5	32				49		49	49,6				
%BCG	nd		26	46	59,5		73 2003		73 A27	72 A27	40 A27	58 A27	60 A27		
%DTIP3/PENTA3	nd	7	nd	23,9		46 2003			59 A20	56 A20	57 A20	45 A20			
% Vacinados completa	nd		nd	16,7		nd	nd	nd	nd	30,6	nd				
% contracepção	nd		nd		8,1			6	30,5 A20	31,3 A20	27 A20	33,7 A20			
Index Cobertura Saúde Universal	na	na	na	na	na	na	na	na	36,7 A20	38,5 A20	38,7 A20				
IMPACTO F:	Ala	Al7	A26	A25	Al2	Al3		A7	A7	A15				A14	
TMM5/1.000 nv			nd	274	250		195	161	nd	nd	68				
TMNN/1.000 nv			nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	22			nd	
TM/1.000 nv			352 A25	nd	150		116	98	65,3	44				47	
RNM/100.000 nv			nd	nd	1.400			450		345	272			199	
EO (anos)		41	41 1990 who	42,4	49 A20		48	58 A20	60,9	62 A20	63 A20			62	
Taxa global fecundidade				6,8			6,4		5,5	6,2		5,2		5,4	
Taxa crescimento anual %		1,6	2,37						2,9		3,1		3	nd	

Lenda: F: Fonte; na: não aplicável; nd: não disponível; US: unidades sanitárias; Hospitais; HM: hospitais municipais; CS: centros saúde; PS: postos de saúde; PIB: Produto Interno Bruto

OGE: Orçamento Geral do Estado; AOA: AOA; dkk: dólares americanos; pq: pessoal qualificado; TMN5: taxa de mortalidade de menos de 5 anos; TMNN: taxa de mortalidade neonatal; TM: taxa de mortalidade infantil; RMM: ratio de mortalidade materna; Eo: esperança de vida à nascença

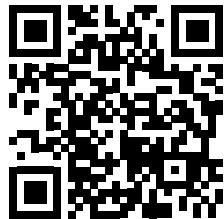
As fontes referidas estão listadas no Anexo 2.

ANEXO-2 Referências do ANEXO 1

A1a – Referência nº 18 da lista de referências.
A1b – Serviços Saúde Assistência Angola, Síntese actividades 1972, Luanda. RPT, Estado Angola. 1972.
A2 – Disponível em: https://www.worldometers.info/world-population/angola-population/
A3 – Referência nº 18 da lista de referências. B/49.
A4 – I NE- Instituto Nacional Estatística, Boletim Estatísticas Sociais-2005-2008. Luanda. Angola, 2010.
A5 – Rep. Angola, Gabinete Representante da OMS: Saúde em Angola-1993. Luanda. Junho 1994.
A6 – Referência nº 58 da lista de referências.
A7 – Referência nº 2 da lista de referências.
A8 – Referência nº 19 da lista de referências.
A9 – Referência nº 40 da lista de referências.
A10 – Referência nº 56 da lista de referências.
A11 – Referência nº 57 da lista de referências.
A12 – Referência nº 22 da lista de referências.
A13 – INE/Ministério do Planeamento. Inquérito Integrado sobre Bem-Estar da População/IBEP. Relatório Analítico. VOL.I. Relatório de Tabelas. VOL. II. Luanda, Angola, 2011.
A14 – Referência nº 11 da lista de referências.
A15 – Referência nº 21 da lista de referências.
A16 – UNICEF. Análise sobre Orçamento Geral do Estado 2024. Saúde e Nutrição no OGE, 2024.
A17 – RPAngola. Ministério Saúde-Avaliação das Estratégias de Saúde Para Todos no Ano 2000 na República Popular de Angola no período 1980-1984. Luanda. Fevereiro 1985.
A18 – WHO/WB -Tracking Universal Health Coverage/2021 Global Monitoring Report.
A19 – INE, Projecção da População para o Período 2009-2025. Luanda. Fevereiro 2012.
A20 – WHO/iAHO /Integrated African Health Observatory-GPW13 Country Profile. Angola. May 2023.
A21 – INE, Anuário Estatísticas Sociais de 2015-2019. Luanda. 2022.
A22 – INE, Anuário Estatísticas Sanitárias 2019-2020. Luanda. Fevereiro 2024.
A23 – INE, Anuário Estatísticas Sociais. Dados 2011. Luanda, 2013.
A24 – Angola. Ministério Planeamento. Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017.
A25 – INE/UNICEF. MICS - Inquérito de Indicadores Múltiplos. Angola, 1997.
A26 – R Popular Angola. Ministério Saúde. Dados Estatísticos de Base-1989. Luanda, Agosto de 1990.
A27 – Angola: WHO/UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision.

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

www.conass.org.br/biblioteca





SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: IMPASSES E PROJETOS EM DISPUTA

Système de santé brésilien : impasses et projets en litige

Brazilian Health System: impasses and projects in dispute

Jairnilson Silva Paim¹

1. Doutor em Saúde Pública. Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172>. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>. Rua Basílio da Gama, s/n, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP 40.110-040. Tel. (71) 3283-7442. jairnil@ufba.br

Resumo

Estudos comparados sobre sistemas de saúde têm sido publicados na literatura internacional, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema público e universal. O Brasil é uma República Federativa com 203.080.756 habitantes distribuídos em 26 estados, Distrito Federal e 5.565 municípios, apresentando desigualdades regionais, sociais, sanitárias, raciais e étnicas. O objetivo deste capítulo é descrever o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, com ênfase na implementação do SUS, analisando a evolução da atenção à saúde nos últimos 50 anos e discutindo certas possibilidades futuras. Examina os antecedentes do SUS e os três subsetores (público, privado e saúde suplementar), ressaltando a disputa de projetos em torno do sistema de saúde brasileiro. Conclui que os impasses do SUS ilustram as tensões de um sistema universal de saúde em um dos países mais desiguais do mundo, inserido no capitalismo de modo periférico e dependente, apresentando fragilidades institucionais e sofrendo ameaças à democracia pelo crescimento de forças neoliberais, de direita e de extrema direita. Assim, a análise prospectiva do SUS, considerando a literatura internacional e as políticas de saúde em conjunturas recentes, representa um exercício capaz de contribuir para a práxis de sujeitos que defendem os direitos sociais e o desenvolvimento de sistemas públicos e universais de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Reforma do Setor Saúde

Résumé

Des études comparatives sur les systèmes de santé ont été publiées dans la littérature internationale, notamment sur le Unified Health System (SUS), conçu comme un système public et universel. Le Brésil est une République fédérative de 203 080 756 habitants répartis dans 26 États, le District fédéral et 5 565 municipalités, présentant des inégalités régionales, sociales, sanitaires, raciales et ethniques. L'objectif de ce chapitre est de décrire le développement du système de santé brésilien, en mettant l'accent sur la mise en œuvre du SUS, en analysant l'évolution des soins de santé au cours des 50 dernières années et en discutant de certaines possibilités futures. Il examine les antécédents du SUS et des trois sous-secteurs (santé publique, privée et complémentaire), en soulignant la controverse des projets autour du système de santé brésilien. Il conclut que les impasses du SUS illustrent les tensions d'un système de santé universel dans l'un des pays les plus inégalitaires au monde, inséré dans le capitalisme de manière périphérique et dépendante, présentant des faiblesses institutionnelles et souffrant de

menaces pour la démocratie en raison de la croissance du néolibéralisme, de droite et d'extrême droite. Ainsi, l'analyse prospective du SUS, en considérant la littérature internationale et les politiques de santé dans des circonstances récentes, représente un exercice capable de contribuer à la praxis des sujets qui défendent les droits sociaux et au développement de systèmes de santé publics et universels.

Mots clés: Politique de santé; Système unique de santé ; Réforme du secteur de la santé

Summary

Comparative studies on health systems have been published in international literature, including the Unified Health System (SUS), conceived as a public and universal system. Brazil is a Federative Republic with 203,080,756 inhabitants distributed across 26 states, the Federal District and 5,565 municipalities, presenting regional, social, health, racial and ethnic inequalities. The objective of this chapter is to describe the development of the Brazilian health system, with an emphasis on the implementation of the SUS, analyzing the evolution of health care over the last 50 years and discussing certain future possibilities. It examines the background of the SUS and the three subsectors (public, private and supplementary health), highlighting the dispute over projects around the Brazilian health system.

It concludes that the SUS impasses illustrate the tensions of a universal health system in one of the most unequal countries in the world, inserted in capitalism in a peripheral and dependent way, presenting institutional weaknesses and suffering threats to democracy due to the growth of neoliberal, right-wing and far right. Thus, the prospective analysis of the SUS, considering international literature and health policies in recent circumstances, represents an exercise capable of contributing to the praxis of subjects who defend social rights and the development of public and universal health systems.

Keywords: Health Policy; Unified Health System; Health Sector Reform

Introdução

Estudos comparados sobre sistemas de saúde têm sido publicados na literatura [1,2,3] adquirindo certa visibilidade científica, especialmente, com a eclosão da pandemia da Covid-19 [4,5,6,7]. Após vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma publicação internacional analisou o seu desenvolvimento [8] e, mais recentemente, foram ressaltadas inúmeras conquistas em diversas áreas [9]. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu um seminário para a discussão do futuro dos sistemas de saúde universais e do SUS, em particular [10], enquanto novos estudos têm examinado a situação do SUS e suas perspectivas [11,12,13,14,15].

Presentemente, a iniciativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, em parceria com o CONASS, no sentido de examinar a luta pela saúde nos últimos 50 anos, possibilitou a elaboração deste livro, contemplando os Estados Membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Nessa perspectiva, o objetivo do presente capítulo é descrever o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro nas últimas cinco décadas, com ênfase na implementação do SUS, discutindo certas possibilidades futuras. Assim, examina os antecedentes do SUS e os três subsetores (público, privado e saúde suplementar), analisando a disputa de projetos em torno do sistema de saúde brasileiro; descreve, sucintamente, o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro; e analisa a implementação do SUS em períodos recentes, considerando certas possibilidades futuras.

O texto apresenta parte dos resultados de uma pesquisa [16], apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), analisa os relatórios disponíveis na Matriz de Acompanhamento do Eixo 1 (Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira) do Observatório de Análise Política em Saúde (www.analise-politicaemsaudade.org) referente ao período 2016-2024 e discute alguns estudos sobre Política de Saúde no Brasil.

Breve perfil do Brasil e o Sistema de Saúde Brasileiro

O Brasil é uma República Federativa integrada por 26 estados, Distrito Federal e 5.565 municípios. Tem 5 regiões (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), apresentando desigualdades regionais, sociais, sanitárias, raciais e étnicas, entre outras. Indicadores socioeconômicos e de saúde calculados em 2020 ou anos próximos (Quadro 1) revelam certos retrocessos em relação à década anterior [8].

Quadro 1. Indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos. Brasil, 2020.

População (1)	203.080.756
Proporção da população com mais de 65 anos (2)	9,42%
Mortalidade Infantil (3)	11,56
Taxa de fecundidade (4)	1,76
Expectativa de vida (1)	76,74
- Homens	73,26
- Mulheres	80,25
Educação (analfabetismo) (5)	6,6
Taxa de desemprego (6)	14,2%
Taxa de informalidade (5)	48,2
Índice de Gini (7)	53,4
PIB (em milhões de dólares) (8)	1.877.823,3
Taxa de pobreza (US\$ 1,9 por dia em % da população) (9)	4,6%
Gastos com saúde (% do PIB) (10)	9,6
- Gasto público	3,9
- Gasto privado	5,7
Domicílios com água encanada (%) (5)	97,6
Domicílios com sistema de esgoto (%) (5)	62,7
Domicílios com coleta de lixo (%) (5)	91,4
Cobertura de vacinação (média) (11 e 12)	66,6
- BCG	67%
- Sarampo	79%
- DPT	77%
- Haemophilus influenzae	77%
- Poliomielite	74%

Quadro 1. Indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos. Brasil, 2020.

- Hepatite B	77%
Cobertura de planos de saúde privados (13)	24,2%
Cobertura do Programa de Saúde da Família (14)	63,62%
Internações hospitalares por 1000 mil pessoas (15)	5,0

Fontes:

- (1) IBGE - <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- (2) IBGE - Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais / Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060 / DATASUS.
- (3) IBGE - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da saúde/SVS/DASNT/CGIAE.
- (4) IBGE - Projeção da População
- (5) IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC)
- (6) IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) / Grupo de Conjuntura da Dimac/Ipea e Ipea/Disoc.
- (7) Banco Mundial - Grupo de Pesquisa de Desenvolvimento.
- (8) OMS – Organização Mundial de Saúde
- (9) Banco Mundial, Plataforma Pobreza e Desigualdade. Os dados são baseados em dados de pesquisas domiciliares primárias obtidos de agências de estatística governamentais e departamentos nacionais do Banco Mundial. Os dados para economias de alta renda são principalmente do banco de dados do Luxembourg Income Study. Para obter mais informações e metodologia, consulte p.ip.worldbank.org.
- (10) IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais
- (11) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)
- (12) OMS e UNICEF:[\(http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/\)](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/)
- (13) SIB/ANS/MS
- (14) MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família (DESF) /Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS/ e-Gestor Atenção Básica
- (15) Estabelecimentos com internação: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O sistema de saúde no Brasil é composto por três subsetores: 1) o subsetor público, cujos serviços são financiados e prestados pelo Estado e/ou organizações privadas contratadas nos níveis nacional, estadual e municipal; 2) o subsetor privado (lucrativo ou não), com serviços financiados de diversas formas (recursos públicos ou privados); 3) o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos e seguros privados de saúde, contando com subsídios fiscais [8]. Dispõe de uma rede complexa de provedores e compradores de serviços que competem entre si, com uma articulação de componentes públicos e privados interconectados, permitindo que as pessoas, na dependência da renda, utilizem os três subsetores [11].

O SUS tem sido definido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, contando com a iniciativa privada de forma complementar, através de contrato de direito público, conforme a Constituição da República e outras normas [17]. Expressa uma forma de organizar as

ações e serviços de saúde de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos jurídico-normativos, apresentando inovações como o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a intersetorialidade e a participação da comunidade, mediante o controle social de conferências e conselhos de saúde [18].

Entre os princípios e valores do SUS destacam-se: dignidade da pessoa humana; saúde como direito social e condição da cidadania; universalidade; igualdade (assistência sem preconceitos ou privilégios, sem discriminação por classe social, renda, raça/cor, gênero, etc); equidade (atendimento de acordo com as necessidades); integralidade; preservação da autonomia das pessoas; direito à informação (às pessoas assistidas, sobre a sua saúde) [18].

O SUS apresenta, ainda, as seguintes diretrizes: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade, com representação do governo, trabalhadores de saúde, prestadores e usuários; descentralização, com direção única em cada esfera de governo - União, estados, Distrito Federal e municípios, reconhecidos constitucionalmente como entes federativos; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; serviços públicos sem duplicidade de meios [18].

O SUS tem a sua origem na sociedade civil, a partir das lutas de estudantes, segmentos populares, sindicatos, profissionais de saúde e pesquisadores contra a ditadura instalada em 1964. Não nasceu do Estado, de governos, de partidos, nem de organismos internacionais. Dispõe de instituições e regras explícitas, com uma complexa engenharia política de gestão incluindo, além de conselhos e conferências, comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). É responsável por inúmeras políticas públicas e programas para a promoção, proteção, assistência e reabilitação contemplando mais de 160 milhões de pessoas (75% da população) e alcançando impacto sobre os níveis de saúde [14].

O gasto público em saúde correspondeu a 40,7% em 2019 enquanto as despesas privadas alcançaram 59,1%. Por conseguinte, o Brasil é um dos países com menor financiamento público *per capita* do mundo (US\$477), inferior a Argentina, Uruguai e Chile. Mais de 50% do gasto, portanto, é privado, diferente do Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%), aproximando-se mais dos EUA (45,5%) e México (46,9%) [19] que não dispõem de sistema de saúde universal. Chama a atenção, ainda, uma redução das despesas com saúde *per capita* (gastos público e privado) no Brasil, em 2020 [16].

Antecedentes do SUS

Ao longo do século passado, o sistema de saúde brasileiro teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, com uma proteção social fragmentada e desigual. A saúde pública estava centrada em campanhas sanitárias, programas e serviços especiais visando controlar epidemias que atingiam as principais cidades brasileiras. Já a assistência médica, era realizada pela filantropia, medicina previdenciária, medicina liberal e, posteriormente, empresarial [18].

Após a criação das caixas de aposentadoria e pensões em 1923, emergiu a medicina previdenciária na década seguinte, vinculada a institutos encarregados do atendimento aos trabalhadores inseridos ao mercado formal. Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo atendimento de trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, incluindo seus familiares. Antes do SUS, o sistema de saúde era predominantemente privado, concentrado nos centros urbanos, fragmentado e sujeito a crises, justificando a aprovação da Lei 6.229/75, que formalizou a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) [18]. Já nas lutas contra a ditadura, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) incluiu a democratização da saúde como uma das bandeiras, defendendo a democracia, o direito à saúde e a mudança do sistema de saúde, formalizado pela lei do SNS [20]. Após a redemocratização, as propostas da RSB sistematizadas na 8^a. Conferência Nacional de Saúde (8^a. CNS), em 1986, foram encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), quando pelo menos 15% da população eram cobertos por planos privados de saúde [21]. Ainda assim, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina e do Caribe a adotar um sistema de saúde universal no final do século XX.

Desenvolvimento do SUS

O Brasil é reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS), especialmente a sua estratégia de Saúde da Família, pela política de sangue e hemoderivados, pelo controle do tabagismo e pelo programa de atenção e prevenção do HIV/AIDS [14]. As unidades básicas de saúde do SUS disponibilizam vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e diversos métodos contraceptivos. O atendimento móvel de urgência (Samu) é feito de modo tal que qualquer pessoa sofrendo um acidente, ou um mal súbito na rua, pode usar o SUS. Na Amazônia, o SUS dispõe de unidades básicas fluviais cuja equipe fica embarcada cerca de três semanas por mês. As complexas e efetivas operações realizadas nas campanhas e nos dias especiais de vacinação nessa região equivalem ao sucesso das urnas eletrônicas no processo eleitoral, internacionalmente reconhecidas.

O SUS é responsável pelo controle da qualidade dos alimentos de um supermercado, de um restaurante, da água que se bebe, assim como pela proteção à saúde de viajantes internacionais nos portos, aeroportos e fronteiras. O Sistema Nacional de Transplantes (Lei nº 9434/97) permite que o SUS disponha do maior programa público de transplante do mundo. Este programa, com a sua fila única, atende todos os brasileiros que dele necessitarem, mesmo aqueles que tenham planos privados de saúde. Da vacina ao transplante, todos usam o SUS. O SUS é de todos [22].

Inúmeros avanços podem, ainda, ser creditados ao SUS. A experiência da rede de Bancos de Leite Humano (BLH), por exemplo, tem sido reconhecida por contribuir com a redução da mortalidade e da morbidade neonatal, “fazendo do Brasil referência mundial na promoção do aleitamento materno”[23, p.3].

Consequentemente, faz-se necessário o acesso a essas informações para poder defender e valorizar o SUS como um patrimônio do povo brasileiro e uma das políticas públicas mais inclusivas, igualitárias e exitosas:

A imensa maioria dos brasileiros depende exclusivamente do SUS para ter acesso a ações e serviços necessários à proteção, manutenção e assistência à saúde. Mesmo os que pensam não “depender” do SUS, na medida em que pagam direta ou indiretamente sua assistência médico-hospitalar por meio dos planos de saúde privados, são usuários do SUS, consumindo serviços que são produzidos para garantir condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais saudáveis para toda a população. [14, p. 124]

Entre os avanços do SUS podem ser acrescentadas inovações institucionais, descentralização, participação social, acessibilidade ampliada, reconhecimento do direito à saúde, bem como expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde.[18]

O golpe do capital e retrocessos do SUS

O SUS ainda enfrenta muitos problemas. Na conjuntura subsequente à crise do capitalismo de 2008 houve o impeachment da Presidente Dilma Rousseff [24], com sérias consequências nas políticas sociais [25, 26,27] e, particularmente, no SUS [28, 29]. A transferência da direção do governo federal para o vice-presidente, interinamente, a partir de 12 de maio de 2016, possibilitou que o novo ministro da saúde iniciasse a gestão questionando a Constituição da República, os direitos sociais, especialmente a previdência, e o SUS. Foram produzidos estímulos ao setor privado, principalmente aos planos e seguros de saúde, além de serem aprovadas, uma vez consumado o impeachment em 31 de agosto de 2016, a Emenda Constitucional 95 (EC-95/16) que impunha o teto de gastos sociais por vinte anos, a Lei das Terceirizações (No. 13.429/17) e a Reforma Trabalhista (Nº 13.467/17) [28].

Quadro 2. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2016-2018

- Ministro da Saúde critica o SUS e as políticas sociais asseguradas pela Constituição, defendendo os planos privados de saúde;
- Lei das Terceirizações;
- Reforma Trabalhista;
- Desabastecimento de vacinas e da penicilina benzatina;
- Revisão da PNAB;
- Mudanças na política de saúde mental;
- Alterações no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB);
- Projeto “SUS Legal”, com “caixa único” para repasse de recursos nas modalidades de custeio e capital;
- Encerramento da cooperação cubana ao PMM;
- Cancelamento de gastos de quase 50 áreas e programas;
- Baixas coberturas vacinais.

Fonte: Matriz de Acompanhamento do Eixo 1 do OAPS (implantação, financiamento, participação social e resultados) do ISC-UFBA (www.analisepoliticaemsauder.org)

O governo instalado não tomou nenhuma iniciativa relevante para a implantação de novas políticas e programas de saúde. Praticamente, todas as medidas adotadas contrariavam o desenvolvimento do SUS (Quadro 2). No que se refere ao financiamento, a aplicação em ações e serviços públicos de saúde pelo governo federal passou a ser calculada em função da EC 95, a partir de 2017 corrigindo, apenas, o limite mínimo do ano anterior pela inflação. O modelo de financiamento anterior protegia, desde 2000, o orçamento federal do SUS, baseado na variação nominal do PIB. Já a EC-95 não incorporava as taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde, tendendo a reduzir a cada ano a participação do financiamento público.

As mudanças naquela conjuntura [30] não ocorreram apenas no financiamento do SUS, mas também na forma de repasse dos recursos entre os entes federados. Assim, o Projeto SUS Legal (Portaria 204 do Ministério da Saúde), estabeleceu um “caixa único” na transferência e aplicação de recursos financeiros, com apenas as modalidades de custeio e capital. O PNI sofreu o desabastecimento de vacinas (BCG, contra a hepatite A, DPTa, contra a raiva, HPV) e soros, houve comprometimento dos programas de controle da AIDS/HIV e das IST, e até mesmo falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis.[31]

O Ministério da Saúde (MS) aprovou a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sob a justificativa de dar mais resolutividade à APS, apesar de inúmeras manifestações contrárias de entidades de saúde. Retrocessos também ocorreram na política de saúde mental e no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). No primeiro

caso, privilegiando a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, aumento dos valores pagos para a internação e a expansão das comunidades terapêuticas para dependentes químicos, contrariando o disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. No segundo caso, o governo federal decidiu pelo encerramento da modalidade rede própria do SUS, optando pelo fortalecimento das farmácias privadas credenciadas. Determinou o cancelamento de gastos em cerca de 50 áreas e programas, comprometendo recursos que iriam para o desenvolvimento do SUS, demarcação e fiscalização de terras indígenas, políticas públicas contra as drogas e violência, educação do campo, políticas para juventude e saneamento básico. Cortes foram efetuados na manutenção de unidades, na implementação do PMM, na estruturação de unidades de atenção especializada, no programa Rede Cegonha e no Sistema Nacional de Transplantes.[31]

A situação política agravou-se durante o processo das eleições presidenciais de 2018, com a elevação de tensões sociais e o acirramento de confrontamentos político-ideológicos. A chamada Operação Lava Jato (investigação policial iniciada em 2014) e pressões militares sobre o Supremo Tribunal Federal (STF) impediram que Lula concorresse ao pleito, além de prendê-lo por mais de um ano.

Lula, o mais bem colocado nas pesquisas apesar de preso na Policia Federal de Curitiba (PR), tornou-se inelegível, por decisão do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), no final de agosto. Coroava-se, assim, manobra judicial que começara quatro anos antes com a Operação Lava Jato e acabara na ameaça do general Eduardo Villas Boas, comandante do Exército, ao Supremo Tribunal Federal (STF), via Twitter, em abril. Para os militares, o ex-presidente não podia concorrer [32, p. 8-9].

A Lava Jato, supostamente inspirada na “Operação Mão Limpa” da Itália, desdobrou-se numa ação político-ideológica contra a democracia em conluio com juízes, promotores, policiais e mídia, sob o pretexto de combate à corrupção. Posteriormente, o STF suspendeu as penas de parte dos acusados e condenados injustamente, após reconhecer a subversão do devido processo legal divulgada pela imprensa.

O governo da “tormenta”

O Estado Democrático de Direito sofreu sérios abalos desde 2016, especialmente durante o período 2019-2022³³. Nesse governo da “tormenta” [34], medidas relacionadas ao financiamento das políticas públicas aprofundaram os retrocessos na saúde. Além da limitação orçamentária imposta pela EC-95, com a retirada de cerca de R\$ 20 bilhões do financiamento do SUS somente em 2019, o “Previne Brasil” estabelecia um novo modelo de custeio da APS por meio de mudanças no cadastramento de pessoas e cálculo para repasse aos municípios, seguindo recomendações do Banco Mundial. O governo federal extinguiu o Programa Mais Médico (PMM), criando a Agência para o

Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) que passava a ser responsável pela contratação de médicos, podendo prestar serviços de APS no SUS, firmar contratos e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, rompendo com as concepções de integralidade e de rede.[31]

A introdução da Covid-19 no Brasil em fevereiro de 2020 revelou, além do negacionismo do governo federal diante da pandemia, fortalezas e fragilidades do SUS. Governos estaduais e municipais buscaram alternativas de atuação, centradas no distanciamento físico (toques de recolher e *lockdown*, em situações excepcionais) e no reforço da assistência médica - Unidade de Pronto Atendimento (UPA), “gripários”, hospitais e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Grandes jornais e emissoras de TV criaram o Consórcio de Veículos da Imprensa, analisando e divulgando informações epidemiológicas que o MS, sob controle militar e burocrático [20, 35], sonegava à opinião pública. Entidades da sociedade civil constituíram a Frente Pela Vida (FpV), lançaram o Plano de Enfrentamento à Covid-19 e apoiaram a Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado (CPI da Covid) no ano seguinte, promovendo *lives*, debates virtuais, documentos e a *Marcha pela Vida* [36,37].

Quadro 3. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2019-2022

- Reforma da Previdência;
- Redução do número de conselhos previstos pelo Sistema Nacional de Participação Social;
- Brasil perdeu a certificação de país livre do sarampo;
- Substituição do PMM pelo programa “Médicos pelo Brasil”, incluindo a Adaps (MP 890);
- Nova Política Nacional sobre Drogas (Decreto 9.761/19);
- “Previne Brasil” (novo modelo de financiamento do custeio da APS);
- Atuação do Governo Federal durante a pandemia: contra o uso de máscaras e do distanciamento social; transferência dos custos políticos e sociais aos governadores, meios de comunicação e profissionais da saúde; normas adotadas indicam a estratégia federal para a propagação do vírus (imunidade de rebanho); negacionismo diante do coronavírus e da gravidade da pandemia; negligência; campanha contra as vacinas; propaganda de tratamentos ineficazes (“prescrição” de hidroxicloroquina pelo Presidente da República);
- Queda nas coberturas vacinais, cuja redução chegou a 27%;
- Comprometimento de conquistas como a ESF, a reforma psiquiátrica, o controle do tabagismo, a política de saúde da população negra, o PNI, etc.;
- Redução dos recursos para o SUS e a adoção deliberada de estratégias para privatização da saúde;

Quadro 3. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2019-2022

- Lançada pela sociedade civil a Frente pela Vida (FpV): Marchas Virtuais pela Vida; “Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia de Covid-19”; Campanhas em defesa do SUS, da vacinação para a Covid-19 para todos e pela revogação da EC 95;
- Consórcio de Veículos da Imprensa, divulgando dados epidemiológicos sobre a Covid-19 omitidos pelo MS;
- CPI da Covid no Senado.

Mais de 700.000 mortes ocorreram no país, milhares das quais poderiam ser evitadas se o governo federal privilegiasse o distanciamento social e a vacinação. A CPI da Covid apontou diferentes crimes cometidos por autoridades do governo federal [38], denunciando a estratégia desenvolvida para a disseminação do vírus, por meio de uma política deliberada de uso de tratamento ineficaz e de omissão na prevenção e controle, sob o pretexto da imunidade de massa [39]. A impunidade, no entanto, persiste [40].

Bolsonaro transformou o Brasil em campo de provas do que poderia acontecer se *todas* as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) fossem boicotadas, retardadas ou simplesmente desconhecidas [32, p. 10].

União e reconstrução

A reconstrução prometida pela candidatura Lula-Alckmin, durante a campanha eleitoral de 2022, deparou-se com uma tentativa de golpe de Estado, perpetrada pela extrema direita, após uma semana da posse do novo governo. Ainda assim, a habilidade política do Presidente Lula permitiu uma união entre os dirigentes dos três poderes, cujas sedes foram invadidas e vandalizadas pelos golpistas com a omissão deliberada da Polícia Militar do Distrito Federal e de segmentos das Forças Armadas [41].

Na saúde, a reconstrução passou pela nomeação de uma mulher, pesquisadora e cientista social para ministra da saúde pela primeira vez na história. Foi retomado o diálogo com gestores estaduais e municipais visando implantar as propostas do grupo de trabalho da transição. Foi lançado o Movimento Nacional pela Vacinação, incluindo uma campanha para a imunização contra a Covid, enquanto a Farmácia Popular foi reforçada para reestruturar a assistência farmacêutica no SUS. Houve, também, o relançamento do PMM, a retomada da Rede Cegonha e a execução do Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, com o objetivo de ampliar a atenção especializada para casos acumulados desde a pandemia. Foi reconhecida a situação de emergência em saúde nos territórios dos yanomamis, com reforço aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e prioridade do PMM [42].

Como propostas inovadoras destacam-se o resgate do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), mediante a reativação do grupo executivo, e a implantação da Secretaria de Saúde Digital. Com a Estratégia de Saúde Digital (ESD), o MS definiu a implementação de políticas de informatização e a articulação da Rede Nacional de Dados em Saúde [42, 43, 44], enquanto o presidente Lula sancionou o PL 1.821/2021, estabelecendo a regulamentação da profissão de sanitarista.

No que se refere ao financiamento do SUS, a expectativa se concentrou na revogação da EC-95 (Teto de Gastos), visando à recuperação dos investimentos públicos em saúde. Entretanto, o chamado Novo Arcabouço Fiscal (NAF), aprovado pelo Congresso, limita o crescimento do financiamento das políticas de saúde, abrindo espaço para modificações no piso constitucional de recursos destinados à saúde e à educação [45]. Portanto, com o NAF, persiste a preocupação com o desfinanciamento do SUS, pois o MS deixou de receber R\$ 20 bilhões em 2023, não obstante a promessa do governo em reconhecer a vigência da EC-86 em 2024, assegurando 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a saúde.

Além da questão do financiamento, sob permanente ameaça da área econômica do governo e dos seus tecnocratas, a ausência de um projeto de saúde abrangente no MS, a fragilidade no desenvolvimento de políticas de saúde, a baixa regulação da saúde suplementar e a continuidade do processo de privatização da saúde, ainda representam obstáculos para o desenvolvimento do SUS. No entanto, observa-se um MS mais atuante, ainda que centrado na revogação de retrocessos do governo anterior e no resgate de políticas e programas de saúde estratégicos, como Saúde Mental e Saúde da Mulher. A realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), após inúmeras Conferências Livres de Saúde, foi marcada pela atuação de movimentos sociais, tal como a 5ª. Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida, também, em 2023. Verifica-se certa coerência entre as políticas de saúde definidas pelo grupo de transição, antes do início do governo, e as ações e programas estabelecidos [42].

Assim, algumas conquistas podem ser ressaltadas [44] como o aumento da cobertura para 8 vacinas indicadas para crianças menores de um ano [46]. Além disso, o Brasil foi o primeiro país do mundo a incorporar a vacina contra a dengue no sistema público de saúde [47]. Também não deixa de ser auspíciosa a redução em 57% dos registros de armas de fogo no primeiro ano de gestão do Presidente Lula face os elevados custos do SUS com atendimento de vítimas de violência, envolvendo mortalidade, morbidade, hospitalização, reabilitação e sofrimento, com recorte de gênero, raça e juventude. No governo anterior a facilitação do acesso a essas armas aumentou em 116% [48, 49].

Impasses do SUS

Contudo, o SUS não se encontra consolidado, enfrentando sérios problemas, obstáculos e ameaças [14, 15, 25]. Uma hipótese explicativa para essa situação toma como focos a distribuição do poder, a mobilização política e as estratégias dos atores [50], sobretudo considerando a construção da contrarreforma sanitária em período recente [30], centrada na privatização e na segmentação do sistema de saúde brasileiro. A atuação política das forças do mercado, especialmente empresários, médicos e seus aliados no Estado e nos governos, teria resultado em ganhos expressivos para os seus interesses, mesmo na vigência da Carta Constitucional e da legislação do SUS, não obstante a resistência do movimento sanitário e dos defensores do SUS. A expansão do setor privado no Brasil ocorreu de forma gradual, acionando estratégias de sigilo e obstrução, mas sem confrontar os direitos constitucionais [50]. Entretanto, a mudança na correlação de forças, desde 2014, possibilitou que os oponentes do SUS redefinissem suas estratégias. Assim, conseguiram a aprovação da Lei 13097/2015 que possibilitava a entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde brasileiro, prevalecendo com o afastamento da Presidente Dilma uma posição político-ideológica contrária ao SUS e em defesa do setor privado.[28]

A financeirização da saúde, acompanhada do desenvolvimento de oligopólios [51] coloca a saúde em terceiro lugar entre as maiores empresas existentes no país em 2019, apenas superadas pelas empresas do setor elétrico e do setor financeiro: “surpresa foi descobrir que o terceiro grupo empresarial mais poderoso no Brasil é o da Saúde Privada, notadamente os planos de saúde e laboratórios farmacêuticos” [52, p. 2].

Diferentemente das mais conhecidas formas de privatização da saúde, visíveis no plano fenomênico [19], a financeirização se expressa no plano estrutural, estabelecendo novos limites para a RSB/SUS e relacionando-se:

Com a correlação de forças político-ideológicas de sustentação de governos, com as estreitas bases sociais, políticas e financeiras e, especialmente com a natureza do Estado e os determinantes estruturais da sociedade brasileira [53, p. 207].

Portanto, entre as contradições do SUS podem ser destacadas o crescimento do setor privado (acesso universal vs. segmentação do mercado) e a financeirização da saúde, comprometendo a equidade nos serviços e nas condições de saúde. Já em relação aos obstáculos, cabe reiterar o subfinanciamento crônico e o desfinanciamento, levando a restrições de investimento em infraestrutura e recursos humanos. Daí que entre os tantos desafios do SUS o principal continua sendo político [8, 20], pois requer uma correlação de forças capaz de alterar a estrutura do financiamento, a articulação público-privada e a redução das desigualdades.

Projetos em disputa na saúde

No plano internacional, a reconfiguração das políticas sociais e dos sistemas de saúde nas primeiras décadas do século XXI aponta para uma tendência geral de contrarreforma e privatização da saúde [19]. Assim, muitos dos sistemas universais transformam-se em sistemas híbridos de saúde [54], com repercussões na equidade [6].

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou a proposta de Cobertura Universal de Saúde, ou Universal Health Coverage (UHC) e a Assembleia da OMS aprovou a Resolução 58.33 (cobertura universal e seguro social de saúde), em 2005, e a Resolução 64.9 (financiamento sustentável da saúde e cobertura universal), em 2011. A UHC corresponde a uma proposta originária da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, como um contraponto aos sistemas universais de saúde. Em 2015, a OMS assegurou a inclusão da UHC na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. E na declaração política sobre a UHC aprovada na Assembleia Geral da ONU em Washington (setembro de 2019), constatam-se as seguintes proposições: a) direito à saúde e a APS formulada em Alma Ata; b) empoderamento das mulheres e reconhece os direitos reprodutivos; c) determinantes sociais e ambientais, inclusive os problemas climáticos e suas repercussões na saúde; d) questão da saúde mental, tabagismo, uso de substâncias psicoativas; e) financiamento público de sistemas de saúde. Mesmo considerando essa pauta menos regressiva, a opção entre sistemas universais de saúde de natureza pública e a UHC continua em disputa [55].

No caso brasileiro, a disputa político-ideológica na implementação do SUS tem se concentrado em torno de cinco projetos de sistema de saúde: 1) Sistema público para todos, com prestadores estatais, sem incentivo ou subvenção à prática privada; 2) Sistema público para todos, com prestadores estatais e privados contratados, sem incentivo ou subvenção à prática privada; 3) Sistema público para todos com prestadores estatais e privados contratados, com incentivo ou subvenção à prática privada; 4) Sistema público para os pobres e seguro ou planos de saúde para quem pode pagar, com incentivos e subvenções do Estado [56]; 5) Seguro-saúde para todos, subvencionado pelo Estado, para as populações mais carentes.

O primeiro projeto não foi privilegiado na Assembleia Nacional Constituinte. O segundo corresponde à corrente majoritária dentre os que impulsionaram o movimento da RSB, mas nunca foi consolidado, uma vez que o SUS se mantém subfinanciado, enquanto a assistência médica privada recebe importantes incentivos por parte do Estado. O terceiro é o que está, efetivamente, em vigência, mas sob tensão cotidiana com os defensores do quarto projeto. Por fim, o quinto parece minoritário entre as correntes que se expressam, atualmente, sobre o tema, e o que mais se aproxima da proposta

internacional de cobertura universal (UHC) e do ultroliberalismo.

Em síntese, esses projetos relacionam-se com outros em disputa já analisados como o revisionista/racionalizador, o privatista/mercantilista e o democrático/RSB) que envolvem distintas concepções de SUS [57, 58]: a) *SUS para pobres* vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas onde a falta de recursos é a regra, visão prevalente até no STF [36] e reproduzida na sociedade, mesmo após a visibilidade e o reconhecimento conquistados pelo SUS durante a pandemia da Covid-19 [37]; b) *SUS real* subordinado à saúde da moeda, ao ajuste fiscal e aos desígnios da área econômica, onde vicejam o pragmatismo, o clientelismo político-partidário e os interesses corporativos, empresariais e lucrativos; c) *SUS formal* estabelecido na Constituição, leis e normas, presente em tomadas de posição do Ministério Público, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde; d) *SUS democrático* concebido pela RSB, vinculado a uma democracia substantiva comprometida com os direitos da cidadania, com a participação política e com os valores da igualdade, solidariedade e emancipação [18].

Desse modo, as concepções e projetos dominantes podem apresentar evoluções distintas e conduzir a um SUS reduzido ou residual, isto é, um arremedo, um simulacro. Este *SUS real* acoplado ao *SUS para pobres* pode até ser mantido, convivendo com os conglomerados privados na assistência à saúde, o desfinanciamento e as restrições da gestão fiscal. Na realidade, já não se encontra no horizonte a extinção do SUS, mas a sua integração ou subordinação aos projetos mercantilista e revisionista, às vezes apresentados como “reformas do SUS” ou estratégia “integracionista” público-privada:

Setores privados e filantrópico-privados eminentemente financeirizados impuseram padrões para o uso do fundo público antidemocrático e anti-SUS. (...) Estamos diante de uma feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, apresentada candidamente como “desoneração do SUS”, que atravessa o sistema político. (...) Forças políticas de centro-direita e os empresários do setor de assistência à saúde, sem apoio de movimentos sociais, oferecem a ampliação de seus mercados como projeto para o sistema de saúde (...). A crise política e econômica tem sido entendida por empresários e por outros segmentos sociais como exclusivamente de natureza fiscal. (...) A estratégia “integracionista” público-privada deriva desse frisson especulativo. Porém, as atividades de empresas de planos de saúde, hospitais, farmácias e drogarias e outros ramos de negócios setoriais não resolvem problemas e necessidades de saúde e nem produzem impacto em termos de evolução tecnológica e produtiva [11, p. 12-13].

A citação acima, embora extensa, ilustra a situação atual do SUS. Todavia, na dependência de uma correlação de forças mais favorável, é possível cogitar a implementação de um projeto contra hegemônico, inspirado nas concepções do SUS constitucional e da RSB (projeto democrático/RSB). Diante das ações e propostas de distintos atores sociais, no entanto, a sociedade brasileira e o Estado vão precisar discernir as propo-

sições desejáveis, necessárias, possíveis e viáveis, a partir de análises concretas de coerência, factibilidade e viabilidade.

Conclusão

A situação política atual não parece favorável a grandes avanços face à pactuação na transição desde as eleições presidenciais de 2022, na formação do novo governo e nas relações com o Congresso. Assim, o Brasil exibe, de modo contundente, as tensões na construção de um sistema universal de saúde, sobretudo por ser um dos países mais desiguais do mundo, estar inserido no capitalismo de forma periférica e dependente, apresentar fragilidades institucionais, além de enfrentar ameaças à democracia e o crescimento de forças de direita e de extrema direita que tentaram um golpe de Estado em 8 de janeiro de 2023 [41]. Como resposta ambivalente a essa conjuntura, está sendo desenhado um tipo de reformismo fraco, em câmera lenta [59], sob a condução do Presidente Lula.

Na saúde, mesmo com a revitalização do movimento da RSB durante e após a pandemia [20, 27, 60], inclusive com a participação de lideranças na frente progressista no grupo de transição governamental, ainda não se vislumbra um cenário de consolidação do SUS. Todavia, a reflexão sobre as perspectivas dos sistemas públicos e universais, considerando a literatura internacional e a análise política em saúde, pode contribuir para a práxis de sujeitos, individuais e coletivos, que apostam na democracia e na defesa dos direitos sociais.

Agradecimento

Ao CNPq pelo apoio à produção deste capítulo, mediante concessão de Bolsa de Produtividade de Pesquisa ao autor; ao grupo de pesquisadoras, professoras, doutorandas mestrandos, residentes e graduandos em Saúde Coletiva que integram o Eixo 1 (Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira) do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do ISC-UFBA pela atualização da Matriz de Acompanhamento no site do OAPS; e, em particular, à Profa. Camila Ramos Reis pela revisão e formatação final do texto.

Não há conflito de interesse.

Referências

1. Luzuriaga MJ, Bahia L. Processos de expansão e limites a privatização da atenção à saúde na América Latina: além das tipologias. Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2024 jul 10]; 33(2):1-12. Disponível em: <https://gpdes.com.br/producao-gpdes/processos-de-expansao-e-limites-a-privatizacao-da-atencao-a-saudade-na-america-latina-alem-das-tipologias/>.
2. Rodrigues PHA, Santos IS. (Org.). Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.
3. Immergut EM. Health Politics Today. Historical and Political Roots of Healthcare Systems. In: Immergut et al. Health Politics in Europe: A Handbook. Oxford University Press, 2021. p. 2-30.
4. Haldane V. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. Nature Medicine. 2021; 27(6):964–980.
5. Keles A, Keles G. A comparative analysis of world health systems and Covid-19. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2021; 38(2):115-120.
6. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, eds. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Informação para ação na Covid-19 series. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf>.
7. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Paim JS (org.) Análise comparada de sistemas de saúde e a resposta à Covid-19. Salvador: Edufba. No prelo 2024.
8. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. The Lancet. 2011. 377:1778-1797.
9. Paim JS, Temporão JG, Penna GO, Santos NR, Pinto LF. Unified Health System: 30 years of struggle! Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6):1704-1705.
10. Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: Conass; 2018.
11. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad. Saúde Pública 2018; 34(7):1-16.
12. Mendes EV. Desafios do SUS. CONASS. Brasília, DF: CONASS; 2019.
13. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. The Lancet [internet]. July 11 2019 [acesso em 2019 jul 25]; 394(101950):345-356. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-732](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-732).
14. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil cons-

trução de um Sistema Universal na sociedade brasileira. In: Paim, JS e Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2ed., Rio de Janeiro: Medbook, 2023, p.124-142.

15. Lobato LVC. Direito Universal à Saúde no Brasil: da expansão restringida ao desmonte. In: Fleury, S. (org.). Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil [recurso eletrônico] / – Rio de Janeiro: Edições Livres; Cebes, 2024. p. 187-216.

16. Paim JS. O Sistema de Saúde Brasileiro em fim de década (The Brazilian Health System at the end of the decade). Relatório Técnico de Pesquisa parcial (Processo No. 302140/2017-4) apresentado ao CNPq em 13 de março de 2023.

17. Lima YOR. Aspectos jurídico-normativos. In: Paim, J.S (org.) SUS - Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p.29-56.

18. Paim JS. O que é o SUS. (e-book). Rio de Janeiro - Editora Fiocruz, 2016. (ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009) <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>

19. Santos JA. A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

20. Paim JS. A Covid-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Conass. Reflexões e futuro. (Coleção Covid-19, Vol. 6). Brasília, DF: Conass, 2021.p.310-324.

21. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal. In: Matta GC, Lima JCF (org). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, p.123-185.

22. Castro M. O SUS é de todos e todos usam o SUS. Folha de São Paulo, 15 de setembro de 2023.

23. Franco JH. Gotas de amor que salvam. Radis, No.256, 2024, p.3.

24. Limongi F. Operação impeachment: Dilma Rousseff e o Brasil da Lava Jato. São Paulo: Todavia, 2023.

25. Zimmermann CR, Cruz DU. (orgs). Políticas sociais no Governo Bolsonaro: entre descasos, retrocessos e desmontes [internet]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Salvador: Pinaúna, 2022 [citado em 28 de jun. de 2023]. 513p. Disponível em: <https://alacip.org/?p=43864>.

26. Gomide AA, Silva MMS, Leopoldi MA (ed.). Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília, DF: IPEA: INCT/PPED, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11939>. Acesso em: 13 fev. 2024.

27. Fleury S. (org.). Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil [recurso eletrônico] / – Rio de Janeiro: Edições Livres; Cebes, 2024.
28. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. 2018; 42(2):11-20.
29. Reis CR, Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate*. 2021;45(130):563-574.
30. Bravo MIS, Pelaez EJ, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, ES. 2018; 10(1):6-23.
31. Paim JS. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília. 2023; 12(3):45-62.
32. Singer A, Araujo C, Rugitsky F. Introdução: O Brasil na vanguarda do inferno global. In: Singer A, Araujo C, Rugitsky F. O Brasil no inferno global [recurso eletrônico]: capitalismo e democracia fora dos trilhos. São Paulo: FFLCH/USP; 2022, p.7-30.
33. Dieguez C. O ovo da serpente: Nova Direita e bolsonarismo: seus bastidores, personagens e a chegada ao poder. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
34. Oyama T. Tormenta: o governo Bolsonaro: crises, intrigas e segredos. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
35. Gonçalves LAP. Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, a dupla carga epidêmica sobre a Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020 [acesso em 2022 mai 19]; 30(4):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300401>.
36. Oliveira S. A configuração do Sistema Único de Saúde pela via decisória do STF. São Paulo, 2023. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Direito, Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito.197p.
37. Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização / Salvador: J.S. Santos, 2023. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 294p.
38. Rodrigues R, Costa H. A política contra o vírus: bastidores da CPI da Covid. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
39. Ventura D. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. Centro de Pesquisa de Direito Sanitário (Cepedisa), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), Conectas Direitos Humanos. 2020 [acesso em 2023 jun 28]; Disponível em:https://www.fsp.usp.br/site/wp-content/uploads/2018/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia_

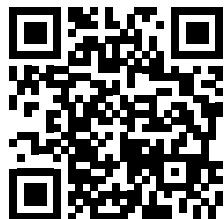
ed_10.pdf.

40. Bava SC. Editorial - Os crimes e a impunidade. *Le Monde Diplomatique Brasil*, Brasil. n. 195, p. 3, out. 2023.
41. Costa AC. A teia do golpe: a trama montada por políticos, militares e policiais para golpear a democracia no Brasil. Piauí, São Paulo. 2023; 201:14-27.
42. Chioro A. et al. 'Scorched Earth: the portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health'. *The International Journal of Health Planning and Management*, Chichester. 2023; 38(5):1105-1116.
43. Giovanella L; Bousquat A; Mendonça MHM; Facchini LA. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. *Cadernos Adenauer*, Rio de Janeiro. 2023; 24(1):111-131.
44. Alves L. Health in Brazil: 1 year of Lula. *World Report. The lancet*. 2024; 403(10):518-519.
45. Tomazelli I. Flexibilizar pisos de saúde e educação pode liberar R\$ 131 bi para outros gastos até 2033. *Folha de São Paulo*. 2024 abr 6. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2024/04/flexibilizar-pisos-de-saude-e-educacao-pode-liberar-r-131-bi-para-outros-gastos-ate-2033.shtml>.
46. Radis. Cobertura vacinal infantil em alta. *Radis*. 2024 jan; 256; p.6 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/pdf/radis-256_web.pdf.
47. Radis. Dengue: vacina disponível no SUS. *Radis*. 2024 fev; 257; p.5 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/pdf/radis-257_web.pdf.
48. Instituto Sou da Paz. Custos da violência armada. Gastos da saúde pública com atendimento de vítimas de arma de fogo. 2^a. edição, 2023.
49. Folha de São Paulo. Armas em queda. Editorial. 2024 mai. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2024/05/armas-em-queda.shtml#:~:text=0%20n%C3%A9mero%20de%20novos%20registros,vinda%2C%20a%20redu%C3%A7%C3%A3o%20enfrenta%20percal%C3%A7%C3%A7os>.
50. Monteiro MG. As Mudanças de Direção nas Políticas Públicas: atores, e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S. (org.). Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018 p.247-289.
51. Sestelo JAF, Luzuriaga MJ, Bahia L. Privatização da assistência-concentração de recursos, oligopólios e segmentação da oferta. In: Paim JS, Almeida-Filho (ORG). Saúde Coletiva Teoria e Prática. 2º Edição. 2023. p. 143-154.

52. Magalhães E. Entrevista do mês: abril 2024. Observatório de Análise Política em Saúde. [acesso em 2024 jul 3]. Disponível em:https://api.observatorio.analisepoliticaemsaudade.org/media/interviews/47b45d05-24f4-4688-a37b-531b31273882/pdfs/entrevista-oaps-abr24_eduardo-magalhaes.pdf.
53. Paim JS, Almeida-Filho N, Reis C. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. Em: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2ed., Rio de Janeiro: Medbook, 2023, p.203-210.
54. Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ. (Orgs). Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes, 2019.
55. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate. 2019; 43(5):15-28.
56. Garrido NG. Dilemas da organização e gestão do Sistema Único de Saúde: fundamentos, prática e reflexões. In: Pepe et al. (org.) Política e Gestão da Saúde Pública pra o Ministério Público. Nível de Aperfeiçoamento. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Educação a Distância 2016, p.257-284.
57. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: ISC/CEPS, 2002.
58. Bahia L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM. (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 407-449.
59. Singer A, Rugitsky F. 2023: O lulismo em câmera lenta. Outra Saúde. [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmídias/2023-o-lulismo-em-camera-lenta/>.
60. Fleury S, Santos JS, Moreira AEMM, Araújo TMB. Frente pela Vida: A sociedade em movimento em defesa da democracia, da saúde e do SUS. In: Ouverney AM, Fleury S. (org.). Novo Federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de pandemia de covid-19. Brasília, DF: Edição do Autor, 2023. p. 433-491.

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

www.conass.org.br/biblioteca





A LUTA PELA SAÚDE EM CABO VERDE NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: EVOLUÇÃO E DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE

*La lutte Pour la Santé au Cap-Vert au Cours des 50 Dernières Années: Évolution et
Défis du Système de Santé*

*The Struggle for Health in Cabo Verde in the Last 50 Years:
The Health System's Evolution and Challenges.*

António Pedro Delgado¹

Iolanda Estrela²

José Silva Évora³

1. FCT / Uni-CV, Praia, Cabo Verde; GHMT/NOVA, Lisboa, Portugal © Antonio Pedro Delgado, CP 309, Terra Branca, Praia, Cabo Verde, +2389811344; apc.delgado@gmail.com.

2. Ministério da Saúde de Cabo Verde, Organização Mundial de Saúde

3. Instituto do Arquivo Nacional de Cabo Verde /IANCV; Conselho Consultivo Internacional do Programa Memória do Mundo da Unesco

Resumo

Neste ensaio procura-se apresentar, ainda que sumariamente, o percurso da construção e funcionamento do sistema de saúde, seus pontos críticos e resultados para a situação sanitária em Cabo Verde no período compreendido entre 1975 à atualidade, para destacar os primeiros 50 anos do país independente. Porém, o ponto de partida desta análise situa-se, sucintamente no período colonial, em jeito de contextualização, para mapear e destacar, entre outros aspectos, os fenómenos da seca, fome, epidemias, mortandades, enfim, das más condições de vida enquanto principais responsáveis pela situação calamitosa vivida nas ilhas, ao longo de todo esse período, e cujos resquícios ainda hoje não foram completamente sanados. Centrando a análise nos pilares dos sistemas de saúde definidos pela Organização Mundial de Saúde, procurar-se-á realçar os aspectos conseguidos e os não conseguidos em matéria da saúde, ao longo do período balizado. Assim, olhamos para a organização e a governação, em íntima relação com a prestação de cuidados de saúde, incluindo uma referência às infraestruturas, bem como visitamos os recursos mobilizados para essa tarefa, nomeadamente os recursos humanos e o financiamento do setor, sem esquecer o setor privado. Por fim e em jeito de conclusão, na perspetiva da continuação da luta nos próximos tempos, damos destaque aos desafios mais salientes que se colocam em particular em cada um dos pilares, quando o país completa os 50 anos da independência nacional e em um tempo como o nosso, marcado por demandas e situações diversas e adversas, que interpelam as autoridades competentes a repensar a forma como o setor deverá ser gerido, como sair da encruzilhada onde se encontramos.

Palavras-chave: Cabo Verde, Organização Mundial de Saúde, fomes, epidemias, situação sanitária, sistema nacional de saúde, Estratégia Nacional de Saúde, Carta Sanitária de Cabo Verde

Résumé

Cet essai cherche à présenter, bien que brièvement, le cours de la construction et du fonctionnement du système de santé, ses points critiques et ses résultats pour la situation sanitaire au Cabo Verde entre 1975 et aujourd’hui, afin de mettre en évidence les 50 premières années de l’indépendance du pays. Cependant, le point de départ de cette analyse se situe, succinctement dans la période coloniale, à titre de contextualisation, pour cartographier et mettre en évidence, entre autres aspects, les phénomènes de sécheresse, de famine, d’épidémies, de décès, bref, les mauvaises conditions de vie comme principal responsable de la situation calamiteuse vécue sur les îles, tout au

long de cette période, et dont les vestiges n'ont pas encore été complètement corrigés. En concentrant l'analyse sur les piliers des systèmes de santé définis par l'Organisation mondiale de la santé, nous mettrons en évidence les aspects réalisés et ceux qui ne l'ont pas été en matière de santé, tout au long de la période marquée. Ainsi, nous nous penchons sur l'organisation et la gouvernance, en relation étroite avec la fourniture de soins de santé, y compris une référence aux infrastructures, ainsi que sur les ressources mobilisées pour cette tâche, à savoir les ressources humaines et le financement du secteur, sans oublier le secteur privé. Enfin, et en guise de conclusion, dans la perspective de la poursuite de la lutte dans un avenir proche, nous soulignons les défis les plus saillants qui se posent en particulier dans chacun des piliers, lorsque le pays fêtera le 50e anniversaire de l'indépendance nationale et à un moment comme le nôtre, marqué par des exigences et des situations diverses et adverses, qui appellent les autorités compétentes à repenser la manière dont le secteur doit être géré, comment sortir de la croisée des chemins où nous nous trouvons.

Mots-clés: Cabo Verde, OMS, famines, épidémies, situation sanitaire, système national de santé, Stratégie nationale de santé, Charte de la santé du Cabo Verde

Summary

This essay seeks to present, albeit briefly, the course of the construction and functioning of the health system, its critical points, and its results for the health situation in Cabo Verde between 1975 and today, to highlight the first 50 years of the country's independence. However, the starting point of this analysis is situated, succinctly, in the colonial period, by way of contextualization, to map and highlight, among other aspects, the phenomena of drought, famine, epidemics, deaths, in short, the poor living conditions as the main cause of the calamitous situation experienced on the islands, throughout this period, and whose remains have not yet been completely corrected. By focusing the analysis on the pillars of health systems defined by the World Health Organization, we will highlight the aspects of health that have been achieved and those that have not been achieved throughout the period marked. Thus, we look at organization and governance, closely related to the provision of health care, including a reference to infrastructure, as well as the resources mobilized for this task, namely human resources, and financing of the sector, without forgetting the private sector. Finally, and by way of conclusion, with a view to the continuation of the struggle in the near future, we emphasize the most salient challenges that arise in particular in each of the pillars, when the country celebrates the 50th anniversary of national independence and at a time like ours, marked by diverse

and adverse demands and situations, who call on the competent authorities to rethink the way the sector should be managed, how to get out of the crossroads where we find ourselves.

Keywords: Cabo Verde, WHO, famines, epidemics, health situation, national health system, National Health Strategy, Cabo Verde Health Charter.

1. Introdução: O contexto colonial (1460 a 1975) e suas influências

Reza a história que as ilhas de Cabo Verde foram descobertas, aparentemente sem gente, nem vestígios de alguma vez terem sido habitadas, pelo que o seu povoamento começou em meados do século XV, entre 1460 e 1462, com pessoas de outras paragens, vindas da Europa, como colonos ou idas buscar à costa ocidental africana, como escravos.

Rapidamente, no início do século XVI, a ilha de Santiago passaria a ser um marco essencial, um ponto alto do tráfico negreiro da escravatura, implicando também outros movimentos, nomeadamente, o encontro de pessoas de diversas origens, a miscigenação e igualmente a partilha de doenças trazidas das origens.

Inscritas na identidade ecológica de Cabo Verde, o território foi sempre marcado por secas cíclicas, advindas das condições naturais acima referenciadas, secas essas que no período colonial se traduziram quase sempre em fomes, não raras vezes acompanhadas por epidemias de várias ordens, com efeitos desastrosos no seu comportamento demográfico. A este propósito, citamos I. Amaral:

Pela sua posição geográfica, Cabo Verde marca a extremidade ocidental da faixa do Sahel, caracterizada por condições climáticas de aridez e semiaridez, na dependência de fenômenos que acompanham as migrações anuais e seculares da convergência intertropical e seus efeitos desastrosos quando, nos movimentos para norte, tal faixa pluvio-génica da circulação atmosférica não alcança as ilhas. Secas e crises têm sido acontecimentos constantes no arquipélago, constituindo, só por si, os maiores desafios para a população, que vive, fundamentalmente, da agricultura pouco diferenciada e de algumas atividades com ela ligadas [1].

Com efeito, a seca constituiu durante todo o período colonial um fenômeno de natureza extrassocial, geradora de fomes, que se repetiam ciclicamente, corroendo e degenerando a estrutura produtiva de uma agricultura de subsistência já em si insuficiente para alimentar a população.

Das fomes antigas de que há registos, destacaram-se as de 1580-1583, de que resultou a saída para a Guiné de diversos indivíduos até estarem debeladas [2], seguida de outras: 1747, 1848, 1864, 1920-24 e a de 1946-49. Além da insuficiência alimentar permanente das populações, Cabo Verde foi frequentemente atingido por graves epidemias (peste, varíola, cólera e febre amarela) que devastaram a população e por doenças endémicas (tuberculose, escorbuto e raquitismo).

Até à segunda metade do século XIX, o território era considerado insalubre, sobretudo a ilha de Santiago, razão pela qual os governadores eram obrigados a instalar-se periodicamente em outras ilhas, com melhores condições de salubridade [3].

Já no século XX, a saúde estava, ainda em boa medida, determinada pelas precárias condições de vida da grande parte da população como uma elevada taxa de analfabetismo (cerca de 75%), sobretudo entre as mulheres, aliada a crenças e tabus prejudiciais à promoção da saúde e, ainda, a uma deficiente cobertura por estruturas sanitárias, de abastecimento de água e de saneamento e más condições habitacionais [4].

Historicamente, o paludismo constituiu a patologia das mais antigas registada no arquipélago, provavelmente trazida do continente africano e foi, “durante a época colonial, o maior inimigo à penetração e fixação dos europeus no interior da África, sobretudo na Costa da Guiné”[5]. Outras maleitas como varíola (1610-1611), que matara muita gente por ser tão contagiosa que se pegava de longe nos que passavam por onde alguém as tinham, são também dignas de registo [6]. No século XIX, registou-se a febre-amarela que assolou a Boavista por volta de 1845 e as ilhas de Santiago e da Brava em 1868; as epidemias de cólera que assolararam as ilhas do Fogo, São Nicolau de S. Vicente e Santo Antão, desde 1855; a febre tifoide na Praia em 1864; a varíola foi detetada em todas as ilhas do arquipélago, de entre tantas outras enfermidades responsáveis por elevadas taxas de mortalidade ao longo do período colonial.

Chegados ao século XX, a fome continuou a persistir em todo o arquipélago.

As fomes e as consequentes mortandades nos chamados anos de crise, em que morreram 10 a 30% da população, ao longo deste meio milénio de vida nas ilhas, constituem o flagelo maior do povo cabo-verdiano. Só na última grande fome, de 1946 a 1949, estima-se em média uma diminuição da população na ordem dos 50% [7].

A situação prolongou-se para os anos setenta, com impactos desastrosos sobre o comportamento demográfico. Em suma, ao longo do século XX, até 1970, o arquipélago somou 21 anos de fome, tendo perdido, em cada uma das “grandes fomes,” entre 15 e 35% da sua população [8].

2. Os 50 Anos da Independência de Cabo Verde: evolução dos pilares do Sistema de Saúde

Liderança, governança e organização do sistema de saúde

Aquando da independência nacional, Cabo Verde era um país extremamente pobre sem o mínimo de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento económico e social. As situações herdadas do regime colonial, continham uma série de problemas socioeconómicos, requerendo urgência em serem equacionados para obter soluções possíveis para sustentar o sistema de saúde.

Havia, entretanto, outros fatores que constituíram e continuam a constituir constrangimentos estruturais a vencer para o desenvolvimento socioeconómico de Cabo Verde, nomeadamente para a construção do sistema de saúde: (a) a insularidade e a dispersão territorial, que determinam uma desigual distribuição da população no interior do espaço cabo-verdiano, com graves consequências sobre os custos de unificação do país; (b) os transportes e as comunicações, que são de importância vital e sua garantia exige recursos elevados para a circulação e a comunicação entre as ilhas e no interior de cada ilha (infraestruturas portuárias, aeroportuárias, rodoviárias, companhias aéreas e marítimas); (c) uma mobilidade demográfica para as ilhas polos de desenvolvimento (êxodo interno) e emigração; (d) o clima subtropical seco, com ciclos prolongados de seca ou de chuvas irregulares com efeitos sobre a insuficiente produção agrícola e a desertificação.

Essas características estruturais anunciadas, tendem a gerar “deseconomias de escala” que elevam os custos de investimentos económicos, sociais e sanitários em todo o arquipélago, mas com impacto mais acentuado nas pequenas ilhas, por exemplo, em emergências sanitárias. As tentativas de uma maior integração para compensar a pequenez e a dispersão têm-se esbarrados contra vários obstáculos, por exemplo, nos custos de transporte e de comunicação, relativamente elevados para o poder de compra da população, contrariamente ao que se passa nos outros arquipélagos da Macaronésia, onde as despesas de circulação dos residentes são amplamente subsidiadas pelo Estado.

Essas condicionantes obrigaram Cabo Verde a adotar e executar uma nova linha condutora, traçada em 1975, que ainda persiste na sua essência, não obstante ajustamentos adotados e, talvez impulsionados pelos resultados alcançados e pelas lições aprendidas do processo interno de criação do sistema de saúde e do acompanhamento da evolução mundial da saúde, particularmente discutida e consensualizada nas assembleias e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, são marcas do seu percurso, determinantes da estruturação do sistema de saúde de Cabo Verde, seja porque constituem um conjunto de vulnerabilidades, seja porque provocam decisões e tomadas de medidas resilientes de planeamento e organização dos pilares dos sistemas de saúde (sistema de saúde), para ultrapassar essas situações de perda. A vulnerabilidade geral do arquipélago é agravada pelo facto de não dispor de recursos naturais que possam servir de base a um robusto desenvolvimento económico e social. As poucas matérias-primas exploráveis não têm peso suficiente para servirem de alavanca a um crescimento económico duradouro.

A grande preocupação no pós-independência, foi como organizar as respostas às necessidades prementes da população, em particular as da saúde. Os 15 primeiros anos foram considerados o período do lançamento das bases do Sistema Nacional de Saúde Cabo-verdiano, com o conteúdo baseado na Estratégia Nacional de Saúde (ENS) e apontando para diligências no sentido de contornar a falta de recursos humanos, o número e a qualidade das infraestruturas de saúde, sempre confortados pelas conclusões e orientações saídas da reunião mundial de Alma-Ata (1978). O país, pressionado pelos preocupantes casos de mortes em crianças menores de um ano e de mulheres em idade fértil, facto intimamente ligado às suas condições sanitárias e socioeconómicas de vida, trouxe para o centro das políticas públicas melhorar a qualidade de vida das famílias, com foco das crianças e das mulheres em idade fértil.

A estratégia foi apostar na saúde pública com a implantação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), numa abordagem preventiva e promocional, materializada através de ações realizadas nos vários recantos do país na prevenção das doenças transmissíveis, ou dirigidas, particularmente à saúde materna e infantil, cumprindo assim a estratégia da OMS de fazer chegar a saúde a todos no ano 2000. A gratuitidade dos cuidados foi uma peculiaridade do sistema de saúde, o que destacava o sistema de saúde da situação de outros países da Região Africana. O acesso e a cobertura universais foram, ambos, políticas adequadas ao contexto social nacional nesse período, podendo continuar a inspirar tomadas de medidas na atualidade.

Embora Cabo Verde esteja classificado de entre os cerca de 60 Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (PPID/SIDS) existentes no mundo, e apresente características próprias que exigem medidas específicas [9], paradoxal e habitualmente não é entre estes países que Cabo Verde procura modelos ou termos de comparação para o equacionamento das suas atividades, de que tipo for, para o desenvolvimento sanitário ou de outros setores. Procurando-os entre os países bastante maiores, colonizadores ou de emigração, com outra organização e nível de desenvolvimento, pode-se deixar extasiar pelo desenvolvimento técnico e tecnológico alcançados, em detrimento dos aspectos de adaptação às características humanas e da natureza do país.

A Estratégia Nacional de Saúde(1976) [10], foi o primeiro documento de política de saúde produzido em Cabo Verde independente, feito por uma equipa multissetorial (dos Ministérios da Saúde e Assuntos Sociais, Educação e Cultura, Obras Públicas, Coordenação Económica e Desenvolvimento Rural, com a colaboração técnica de uma equipa da OMS). O estado de saúde, diagnosticado então, configurou um desafio enorme, à partida, além dos parcos recursos em profissionais, a exiguidade gritante de infraestruturas, seja em número, seja na sua distribuição pelo país:

- 2 Hospitais Centrais (HC) na Praia e Mindelo;
- 1 Hospital Regional (HR) no Fogo;
- 8 Centros de Saúde (CS);
- 29 Postos Sanitários (PS).

Igualmente, esse estudo analisou a (in)capacidade instalada para cobrir em cuidados de saúde uma população de cerca de 300 mil habitantes, maioritariamente rural (80%), sobretudo tendo em conta a predominância de determinantes sociais da saúde como precários estados de nutrição, analfabetismo elevado, da ordem de 75%, sobretudo entre as mulheres, penúria de água potável e problemas sérios de saneamento, urbanismo, estradas e habitação (75% da população não dispunha de sistema de evacuação de excretas).

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 habitantes;
- A mortalidade infantil de 106,9/1000 nados vivos;
- A mortalidade geral de 9,3/1000 habitantes (sendo repartida do total dos óbitos, em 28,5% em menores de 1 ano, 16,9% na população de 1 a 4 anos, 37,6% em pessoas com 50 ou mais anos);
- A mortalidade perinatal de 10,8% dos óbitos com diagnóstico registado;
- A prevalência, entre as causas de morte registadas, de “sintomas e estados mórbidos mal definidos”, atribuídos a 37,4% do total de óbitos, patenteava várias deficiências e, provavelmente a ausência de assistência médica para o diagnóstico;
- No quadro clínico, perfilavam as doenças infeciosas e parasitárias, com 32,9%, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (17,1%) e do aparelho respiratório (16,6%);
- No recorte da morbidade, sobressaíram doenças infeciosas e parasitárias (tuberculose, sífilis, gonorreia, difteria, coqueluche, sarampo, rubéola etc.) e surtos epidémicos de cólera (1974; 1975; 1976).
- O paludismo esteve praticamente eliminado com os trabalhos da Missão para Erradicação do Paludismo, suportada pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical

(IHMT), a seguir à grande prevalência da malária nas décadas de 1940 e 1950, embora continuassem a ser registados casos esporádicos.

A ENS foi elaborada na linha das discussões e orientações dos CPS tratadas na conferência mundial em Alma-Ata, embora a sua feitura tenha antecedido essa conferência. Embebeu-se nos princípios e experiências dos propósitos sociais assumidos na organização da sociedade nas regiões libertadas na Guiné-Bissau, cuidando das populações em vários domínios da organização social, nomeadamente em matéria de educação e saúde que transitaram e influenciaram a implantação de medidas para a amenização de situação que a população de Cabo Verde vivenciava.

Assim, desde 1975, o país constituiu como objetivo geral a política de desenvolvimento e 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, numa prestação gratuita dos cuidados de saúde e os serviços a cargo de médicos e outros profissionais assalariados que trabalhavam nos hospitais e dispensários oficiais - também na esteira dos CPS. Assim, foram criadas 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 duma 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 combate ao VIH/SIDA.

O relativo sucesso desses programas foi, certamente, devido ao equilíbrio conseguido entre: (1) a organização vertical, mais bem-adaptada para captar recursos externos e garantir a participação dos doadores na administração dos programas, (2) o controle interno dos aspectos técnicos e organizativos para a integração progressiva das atividades dos programas na rotina horizontal dos serviços descentralizados nas ilhas e (3) a gratuitidade.

Deste modo, o Estado de Cabo Verde continuou a envidar esforços no melhoramento da qualidade de vida das famílias, em especial das crianças e das mulheres, dando destaque à saúde familiar, colocada no centro das políticas públicas.

A aposta foi, pois, na saúde pública com a implantação dos CPS, numa abordagem promocional e preventiva, materializada através de ações realizadas em vários recantos do país, por equipas móveis que levavam os cuidados no combate às doenças transmissíveis, ou dirigidas, particularmente à saúde materna e infantil.

A gratuitidade dos cuidados foi uma peculiaridade do sistema de saúde, e que fazia destacar o sistema cabo-verdiano da situação de outros países da região africana.

O acesso e a cobertura universais foram, ambos, políticas adequadas ao contexto social nacional, no período inicial, e que podem nos inspirar para a tomada de medidas no futuro imediato.

Entre 1975 e 1978, o Governo de Cabo Verde esteve profundamente empenhado na construção de um sistema de saúde pela via da saúde pública e da medicina preventiva, preocupado com muitos dos males herdados do período colonial. O enfoque foi na resolução dos problemas básicos que afetavam todos, e na adoção de medidas, quer na organização e funcionamento do serviço nacional de saúde (SNS), quer nos fatores extrínsecos, que pouco tempo depois vieram a se encaixar, nos princípios dos CPS, adotados na célebre Conferência de Alma-Ata e ratificada por Cabo Verde.

O país, inspirado em ideais coletivos, analisou as condições adversas das populações, decidindo pela assunção pelo Estado do controle de sectores básicos de suporte, por forma a alterar a situação económica em que se encontrava e implementou uma série de medidas nos aspectos socioeconómicos básicos: no sector agrícola - as campanhas de conservação dos solos e da água, com a construção de diques de correção e de poços, e, mais tarde, a reflorestação, a construção de barragens para a retenção das águas pluviais, criação da lei de bases da reforma agrária, o Instituto de gestão dos recursos hídricos; no sector industrial - o lançamento de algumas unidades industriais básicas como a indústria naval, do calçado e do vestuário; no sector comercial - a criação da EMPA, uma empresa para gestão de produtos alimentares básicos importados ou resultantes das doações de países e organizações estrangeiras e sua distribuição a todos os pontos do país, ao mesmo preço; no setor farmacêutico/ saúde - a criação da Emprofac, uma empresa mista de importação e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, que vem garantindo a disponibilidade de medicamentos a todo o país. Fruto desse esforço as condições de vida foram melhorando.

Nos anos 80, a situação demográfica de Cabo Verde foi caracterizada por um incremento da taxa de crescimento da população, um estancamento da emigração, uma baixa tendencial da fecundidade, uma clara tendência para melhoria dos indicadores da mortalidade infantil e da juvenil e um aumento gradativo da esperança de vida ao nascer. A dinâmica populacional resultante traduziu-se no crescimento da população de 295 mil habitantes, em 1980, para 350 mil, em 1990, ou seja, um aumento de 18,6% [11], que em 2021 para perto de 500mil, ou seja, um crescimento de 42% nesses últimos 30 anos, segundo o Censo de 2021.

Em 1990 realizou-se a abertura política em Cabo Verde, um processo pacífico influenciado por diferentes fatores, internos e externos. As orientações liberais doravante seguidas, acabariam por repercutir-se em todos os setores da sociedade incluindo o da saúde particularmente no que se refere à abertura às iniciativas privadas de saúde e ao início do pagamento dos alguns cuidados, numa altura em que, a Saúde para todos até 2000, mais do que um slogan, constituía um compromisso assumido.

Embásamento e suporte legal

As orientações legais e regulamentares estão espelhadas em vários documentos importantes, de âmbito nacional e que dão robustez ao sistema de saúde, nomeadamente os indicados a seguir:

- Constituição da República de Cabo Verde, versão de 1980 [], que 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” (Artº 14º) e a versão de 1992, (lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro) e suas sucessivas revisões ordinárias, mantém a importância atribuída às questões referentes à saúde, “Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica” .
- Lei de Bases de Saúde de 1989, revista pela Lei nº 41/ VI/2004 e pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, define as ações e serviços de saúde a serem executados visando a promoção e proteção saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença.
- Carta Sanitária de Cabo Verde, em 1999, propôs uma reforma da rede de serviços que expusesse o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspetivas de um reordenamento para orientar a edificação de novas instituições de saúde, necessárias.
- 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.
- Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), quinquenais. (2007-2011; 2012-2016; 2017-2021)
- Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (2005-2015; 2016-2020)

Organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A PNS, válida até 2020, veio confirmar a estruturação piramidal do SNS em três níveis – primário, secundário e terciário – correspondendo aos diferentes tipos de prestação de cuidados e serviços e de estruturas de saúde de suporte.

O nível primário corporiza o conceito da desconcentração/descentralização com base nos CS e suas extensões para a território do concelho/município, instituindo-o como o lugar privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais de saúde, junto das comunidades, assegurando a equidade no acesso aos cuidados de atenção primária básica, com capacidade resolutiva para os problemas que afetam a maioria da população e implementar os princípios da primeira cobertura universal, prestando cuidados fora dos muros do CS, junto das famílias e indivíduos.

O nível secundário de organização de respostas acrescenta um hospital ao conjunto dos CS da Região, com um conjunto de serviços hospitalares em aproximação dos cuidados hospitalares às pessoas servidas, alargando e afinando a prestação secundária. Com a hipótese de criação da “REDE” de Hospitais de Cabo Verde, pretende-se alargar a cobertura em cuidados hospitalares secundários (de gabarito semelhante) a todas as regiões do país, preenchendo o 2º anel de cobertura.

A Região Sanitária (RS) não é um novo tipo de infraestrutura de saúde, mas é um conceito para implementar um modelo organizacional de várias instituições – CS e HR – essencial para a cobertura sanitária secundária. A RS foi criada para elevar a funcionalidade racional das instituições implantadas nos municípios envolvidos, baseada em novas relações entre elas, na afetação e adequação de um HR ao conjunto das Delegacias de Saúde (DS) e seus CS, com autonomia técnica e administrativa. Localizado na área mais perto do domicílio, contribui para aumentar a satisfação dos utentes ou doentes e melhorar todos os tipos de acesso, geográfico, económico, operacional e cultural, sobre tudo aos cuidados hospitalares.

Os dois HC, instituídos como de referência para assegurar o nível terciário têm, teoricamente, a incumbência para prestar esses cuidados à toda população do país. O problema maior reside na coabitação com a prestação de cuidados secundários, e ainda de alguns primários, à população das cidades da Praia ou do Mindelo, onde estão implantados, consumindo bom número de horas da força de trabalho ali colocada, equipamentos, materiais e energia de organização, em princípio alocados às funções terciárias. A missão dos HC é, frequentemente enviesada e está na “razão dessas instituições serem populares,” mas também serem o ‘locus’ de maiores reivindicações dos utentes. Será onde reside o ‘nó górdio’ do sistema de saúde-Cabo Verde? Está na calha um Novo Hospital de Cabo Verde (conceito nacional), cujo projeto espera-se venha a ser alvo de

uma ampla reflexão, envolvendo vários atores e decisores para fomentar a oportunidade de se introduzir mudanças profundas na capacidade de todo o SNS de Cabo Verde.

As evacuações sanitárias/médicas para o exterior, são uma prestação importante e específica para complementar o sistema nacional, de um país disperso por ilhas desiguais, garantindo fora a prestação de cuidados e serviços de saúde não possíveis nas condições de Cabo Verde por, entre outras razões sua complexidade. Apesar de todo o desenvolvimento que se possa ter verificado no SNS cabo-verdiano, continuarão a existir algumas necessidades de evacuação para o exterior, provavelmente, em menor número, mas com exigências diferentes, mais complexas. Precisar-se-ão de ser atualizadas tanto a finalidade, a amplitude dos cuidados necessários de evacuação, quanto de ter reformuladas e aligeiradas as burocracias à volta dos processos de evacuação, tornando estas mais úteis, efetivas e resolutivas das situações tratáveis.

Outro componente muito importante para a evolução do sistema de saúde de Cabo Verde é a organização e efetivação do Serviço de Emergência Médica e Salvamento/SEMS exigido por um país pequeno como Cabo Verde, distribuído por nove ilhas habitadas de forma bem desigual, com uma população flutuante, por vezes maior do que a residente. O país deve poder aumentar a sua capacidade resolutiva para situações, esporádicas, é verdade, mas de pessoas em risco de vida, a precisarem de cuidados urgentes ou emergentes a serem prestados em outras instituições, em outras ilhas, mas, também contribuir efetivamente para a segurança sanitária.

Infraestruturas de saúde

As infraestruturas de saúde tiveram, nesses 50 anos após a independência, um incremento visível, por criação de raiz ou remodelação dos que existiam, seguindo as regras planeadas para cobrir o território nacional com diversos estabelecimentos de saúde, equipados com materiais apropriados e possíveis e com profissionais capacitados para prestar os cuidados requeridos. Naturalmente que esse quadro se foi mudando com as circunstâncias. Se compararmos o quadro descrito aquando da elaboração da ENS, em 1976, e a tabela infra, de 2018 (tabela 1) damo-nos conta da significativa diferença para melhor, seja na diversidade dos tipos, seja na distribuição pelas várias ilhas do país.

Tabela 1: Cabo Verde - Instituições de Saúde segundo o tipo de estruturas sanitárias por concelho (2018)

	Hospital Central	Hospital Regional	Centro de Saúde	Centro de Saúde Reprodutiva	Posto Sanitário	Unidade Sanitária de Base	Delegacia de Saúde
Cabo Verde	2	4	32	5	34	115	17
Boa Vista			1		1	5	1
Brava			1		2	2	1
Fogo		1	(3)	(1)	(2)	(11)	(2)
Mosteiros			1			4	1
S. Filipe			1	1	2	5	1
Santa Catarina			1			2	
Maio			1		2	5	1
S. Antão		1	(3)	(1)	(11)	(25)	(3)
Paúl			1		2	4	1
Porto Novo			1		4	12	1
Ribeira Grande			1	1	5	9	1
S. Nicolau			(2)		(3)	(13)	(1)
Ribeira Brava			1		2	8	1
Tarrafal			1		1	5	
S. Vicente	1HC		6	1		3	1
Sal		1	1			1	1
Santiago		(1)	(14)	(2)	(13)	(50)	(6)
Praia (RSSS)	1HC		6	1	1	6	1
Ribeira Grande			1		1	3	
S. Domingos			1		1	9	1
S. Louren./Órgãos			1			2	
S. Miguel			1		1	6	1
S. Salvador Mundo			1			1	
S. Catarina/RSSN		1	1	1	4	8	1
Tarrafal			1		2	5	1
Santa Cruz			1		3	9	1

Fonte dados: Ministério da Saúde e Solidariedade Social, 2019

Prestação de cuidados de saúde

Durante os três primeiros anos após a independência, a oferta de cuidados se deu através dos serviços hospitalares existentes e de campanhas e, mais tarde com atendimento em equipas móveis, direcionadas para as situações de grande impacto: vacinações, luta contra as doenças diarreicas, situações endémicas, enquanto eram criadas as condições para atender na rede de serviços [13].

Neste período, os cuidados de saúde foram dominados pelo discurso dos CPS, pela estatização dos serviços de saúde e pela procura da universalização da cobertura, mas perante a escassez e precariedade das instituições sanitárias dando fraca cobertura, o país utilizou a estratégia de equipas móveis mistas que se deslocavam regularmente às localidades mais distantes. Com isso, registou-se um incremento apreciável nas atividades de saúde pública e melhorias na oferta de serviços curativos básicos que contribuíram para o aumento relativo e gradual do bem-estar da população cabo-verdiana[14].

As taxas de mortalidade relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério e a mortalidade perinatal eram elevadas, sendo as principais causas, os abortos, as anomalias congénitas, as lesões obstétricas, os partos distócicos e outros, o que atesta a deficiência da assistência sanitária à mãe e à criança.

As mulheres tinham períodos de gravidez sucessivos e com pequenos intervalos, sem qualquer controle e, por exemplo, a anemia era um dos grandes problemas enfrentados. A maioria dos partos ocorriam no domicílio, feitos por parteiras leigas/curiosas. Os abortos eram frequentes com inúmeras complicações. As doenças sexualmente transmissíveis proliferavam, não havendo um controle eficaz que evitasse a sua propagação [15].

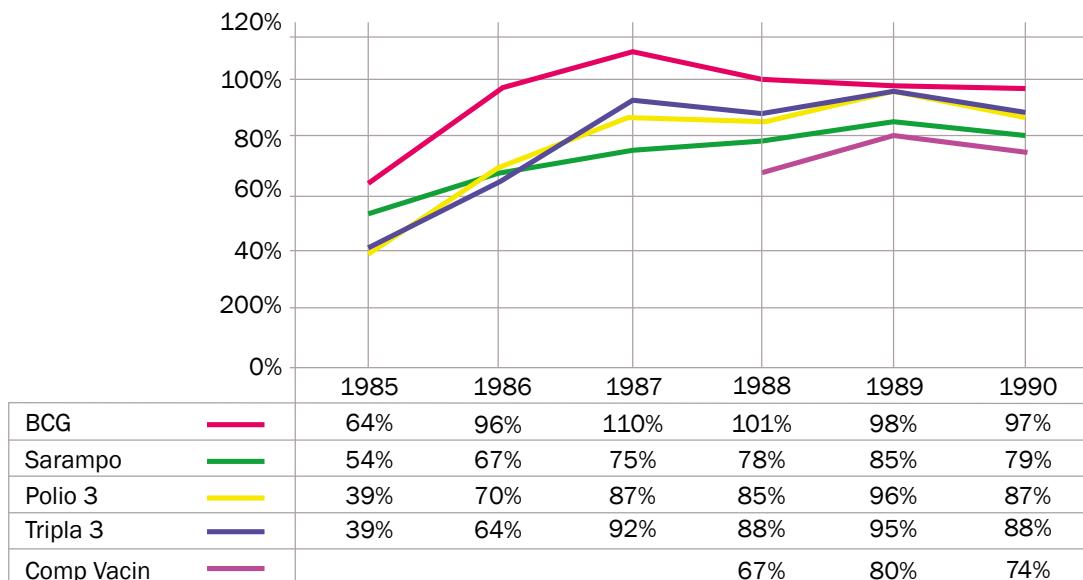
Esses e outros problemas foram erigidos em prioridades do Estado de Cabo Verde e desenvolvidos programas e estratégias, como: de Luta contra as doenças diarreicas, da Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), de controle da Lepra e de controle da Tuberculose e, mais tarde, de Luta contra o VIH/SIDA com a aparecimento dos primeiros casos do VIH/SIDA [16].

A situação de carência era tal que não havia nos hospitais, chegou a não haver um espaço físico dedicado, nem um serviço específico de atenção às mulheres e grávidas, sendo os controlos feitos, de forma não sistemática, nos dispensários de puericultura ou em consultórios privados em Mindelo e Praia, quando as condições económicas assim o permitiam.

Em relação à cobertura vacinal, com a implantação do programa de PMI/PF, nos centros criados, mas, também atuando com equipas móveis, as atividades de imuniza-

ção foram integradas na rotina desses serviços, substituindo as campanhas utilizadas até esse momento (tabela 2).

Tabela 2. Cabo Verde: Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano. Evolução entre 1985 e 1990



Fonte: MSPS, Documento preparatório para o IIIPND, 1991

Estas passaram a ser usadas apenas em casos pontuais, por exemplo, para compensar quebra de stock de vacinas ou elevar a cobertura em situações específicas como a vacinação contra o sarampo.

A partir de 1985 houve um reforço das atividades de imunização com a sua expansão a outras instituições – postos sanitários, unidades sanitárias de base – o que veio melhorar a acessibilidade e a cobertura (tabela 2). De salientar que em 1985 as percentagens atingidas pelas quatro vacinas incluídas no Programa Alargado de Vacinação (PAV) ficaram próximas de 50%. [17] Em consequência, verificou-se uma redução gradual e constante de casos de óbitos devidos a doenças preveníveis pela vacinação, com ausência de registo de casos de poliomielite, sarampo ou coqueluche (tosse convulsiva) desde 1989 e de óbitos desde 1988, traduzindo o grande impacto dos programas de vacinação na redução da incidência dessas situações clínicas.

Com o objetivo de garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo cabo-verdiano e criar as condições para a sua materialização pretendeu-se: 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; prosseguir e intensificar a luta contra as doenças endémicas e epidémicas com o objetivo de conseguir, até o ano 2000, a eliminação de alguns flagelos, bem como de reduzir a morbidade e a mortalidade, especialmente a infantil [18].

Em 1991, houve uma mudança política no país, do regime monopartidário para o de democracia pluripartidária e eleições que ditaram a alternância entre o PAICV, partido no poder desde a independência e o Movimento para a Democracia (MpD), com orientações liberais. Ocorreram algumas mudanças no setor saúde, mantendo-se, na essência, os princípios e valores da Declaração de Alma-Ata adotados desde os anos iniciais. O Gabinete de Coordenação de Saúde Pública, órgão de assessoria em assuntos de Saúde Pública na orgânica da Direção Geral da Saúde (DGS), foi desmantelado, resultando na centralização das ocupações no diretor-geral, com enfraquecimento da função de coordenação técnica das atividades. Na sequência, houve a fragmentação e transformação dos programas que compunham esse órgão em divisões autónomas da DGS: epidemiologia e investigação; PMI e nutrição; educação para a saúde e saúde escolar; doenças infeciosas e meio ambiente; saúde mental; assuntos hospitalares. Outra alteração importante foi a assunção do exercício privado da medicina, entretanto reaberta, nos finais da década de 1980.

As DS mantiveram-se como órgãos da administração sanitária a nível local ou periférico e autoridades responsáveis pela execução local da política de saúde, enquanto unidades fundamentais para o processo de descentralização. Sob a direção do Delegado de Saúde, por vezes o único médico na ilha, a DS, com o seu CS, prestava cuidados integrados, através de todas as instituições localizadas na sua área de atuação, as suas extensões PS e Unidades Sanitárias de Base (UBS) que exerciam as seguintes funções:

- Cuidados curativos ambulatoriais, exames complementares e internamento em observação de situações não exigindo cuidados especiais;
- Atendimento aos doentes crónicos;
- Vigilância Sanitária;
- Desenvolvimento dos programas preventivos e promocionais: (a) PMI/PF; (b) PAV; (c) Educação para a Saúde ; (d) Saúde mental; (e) Doenças sexualmente transmitidas, incluindo a SIDA [19].

A questão do restabelecimento do equilíbrio entre o crescimento demográfico, o processo de desenvolvimento socioeconómico do país e os recursos disponíveis foi sempre tratada nos sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento, sendo associada à

saúde reprodutiva e sendo uma consequência natural do espaçamento dos nascimentos recomendado pelo planeamento familiar.

A Política Nacional de População (PNP), adotada em Agosto de 1995, ao definir como um dos objetivos: i) reduzir o nível de crescimento demográfico, pôs a tônica e deu uma atenção à limitação do crescimento da população, transformando um efeito colateral do espaçamento da natalidade num objetivo, que sobressaiu em relação aos outros, aos quais, do ponto de vista da saúde, eram mais importantes: ii) diminuir a morbilidade e a mortalidade geral e específica da população, iii) promover a saúde reprodutiva e melhorar progressivamente as condições de vida das mulheres e das crianças. A PNP terá gerado críticas preconceituosas de alguns setores sociais, que não valorizaram as transformações favoráveis, individuais, familiares e da sociedade que resultaram do poder reconhecido às mães de planearem os seus partos.

A equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, a gratuitidade dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção das doenças, da prestação de cuidados às mulheres grávidas e às crianças com menos de dois anos, assim como às pessoas vulneráveis foram princípios adotados e englobados no subprograma Saúde da Mãe e da Criança, baseada numa abordagem mais global dos problemas, incluídos no conceito de saúde familiar.

A Carta Sanitária de Cabo Verde, finalizada em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário porque, pela ausência de legislação na definição dos tipos e funções das diferentes instituições de saúde, sentiu-se na necessidade de se basear uma proposta na realidade existente, colhida através de uma investigação exaustiva, que configurou um marco importante na organização da prestação de cuidados de saúde no país. Um estudo observacional de cada tipo de instituição de saúde, seguindo um roteiro previamente elaborado, analisou os parâmetros existentes nas estruturas físicas, equipamentos, serviços prestados, profissionais alocados, estatísticas e outros critérios do SNS, serviu para propor tipologias das instituições a serem incluídas no documento final [20]. Mostrou, entre outros factos, que a divisão administrativa em DS nos municípios de Cabo Verde não reunia todos os requisitos para serem considerados distritos sanitários funcionais e, no sentido apontado pela OMS, se tomou por base a situação específica de cada país, para o desenvolvimento de uma proposta fundamentada de criação de distritos sanitários.

Em Cabo Verde, pelo tamanho e dispersão das ilhas, assumiu-se considerar áreas de saúde abarcando ilhas próximas, ou confinadas em uma ilha, criando uma unidade interligada dos CS municipais com um HR, que estabelecesse uma inter-relação coerente entre os níveis primário e secundário de prestação de cuidados. Os dados obti-

dos, constantes do volume I da Carta Sanitária de Cabo Verde, contribuíram para uma proposta de reforma da rede de serviços que, mostrando o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspetivas de um novo reordenamento, serviu para orientar a edificação de novas instituições de saúde, assim que se mostrassem necessárias.

As DS mantiveram, no entanto, a sua autonomia, enquanto administração Conceição de Saúde.

As RS, não sendo um nível de prestação de cuidados a acrescentar, são um conceito organizativo, uma proposta inovadora de organização e funcionamento do sistema de saúde, nas circunstâncias específicas do país, para cobrir de uma forma coordenada as prestações primárias e secundárias de saúde [21]. A elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, finalizada em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário porque, pela ausência de legislação na definição dos tipos e funções das diferentes instituições de saúde, sentiu-se na necessidade de se basear uma proposta na realidade existente, colhida através de um levantamento exaustivo. Os dados obtidos, constantes do volume I da Carta Sanitária de Cabo Verde, contribuíram para uma proposta de reforma da rede de serviços que mostrando o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspetivas de um novo reordenamento para orientar a edificação de novas instituições de saúde, assim que se mostrassem necessárias.

O documento da Carta Sanitária, além de fundamentado no conhecimento da realidade do país, foi buscar princípios gerais proclamados desde Alma-Ata, obrigatórios na implantação e funcionamento de um sistema de saúde descentralizado e que resultou em um processo de reforma preconizado [22]:

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

Em abril de 2000, o Simpósio Nacional sobre a Saúde da Reprodução recomendou ao Ministério de Saúde a adoção do conceito de saúde reprodutiva à realidade do contexto sociocultural tendo em conta os diferentes componentes definidos no Plano de Ação resultante da Conferência Internacional para o Desenvolvimento e População. Na sequência, foram elaborados os documentos da Política Nacional de Saúde Reprodutiva

e das Normas de Serviços de Saúde Reprodutiva, que definem desde essa altura, os grandes princípios no domínio da saúde reprodutiva, tendo como grupos-alvo as crianças dos 0-5 e dos 6-11 anos, adolescentes e adultos jovens (dos 12-24 anos), homens e mulheres em idade de reprodução (25-49 anos e 50 anos e mais).

Cabo Verde assinou a Declaração sobre os Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (ODM-2000), focalizada na saúde reprodutiva como uma prioridade, estabelecendo objetivos nessa área, particularmente no que se refere à melhoria da saúde materna, na redução da mortalidade infantil, no combate ao VIH/SIDA, na promoção da igualdade entre os sexos e autonomização das mulheres [23].

Em 2015 Cabo Verde foi um dos oito países que alcançou os ODM.

A PNS 2020, cobrindo o período de 2007 a 2020, é outro documento fundamental, a partir das orientações contidas no documento da Carta Sanitária para a organização e o funcionamento do sistema de saúde e para a prestação de cuidados e serviços de saúde à população. Ela constitui um marco de relevo nessa construção, e previu-se ser executada por uma sequência de PNDS, quinquenais, à exceção do primeiro, de 4 anos, para alinhá-los com os ciclos normais de governação.

A conexão dos CS aos HR coexistindo na área territorial, permite alargar a funcionalidade, aumentar a eficácia e rentabilidade técnica dos recursos afetados, melhorando a cobertura dos cuidados de saúde. A maioria dos CS está sedeadas nas DS, nas ilhas/ concelho. São dotados de salas de consulta, farmácia básica, dispõem de leitos de internamento para responder a situações em observação, menos complexas e resolúveis a esse nível ou que aguardam a transferência para cuidados e serviços hospitalares. Dispõe de sala para partos e começa a tornar-se frequente existir acesso a alguns meios de diagnóstico complementar.

Há diferença entre CS urbanos e rurais. Nos de localização urbana, nas cidades da Praia e do Mindelo, pela população mais numerosa e pela desconcentração das prestações nos HC, a DS foi dotada de CS para prestar os CPS à população, por bairros de residência. Instalados e em funcionamento desde 2008, a proximidade ao hospital local reduz a necessidade de atividades complementares de diagnóstico próprios ou de internamentos, pela utilização desses. É nos CS onde as populações deveriam ter acesso a cuidados prestados por um médico, seja por procura direta (p.e. pequena emergência) seja por consulta agendada (ambulatório), prestando ainda serviços de internamento em observação, quando necessário. Nos últimos anos, há um esforço para a consolidação dos serviços prestados nos CS e assim aumentar a cobertura. Torna-se cada vez mais evidente que há uma melhoria na utilização dos serviços prestados nos CS e um envolvimento crescente no controlo das doenças crónicas [24].

Os HC Agostinho Neto (Praia) e Baptista de Sousa (Mindelo) são as instituições de saúde que corporizam o terceiro nível de referência nacional, teoricamente com a missão e dotação de recursos para prestação dos cuidados terciários à toda a população do país. Porém, têm-se concentrado na prestação de cuidados secundários (e ainda alguns primários) à população das cidades onde estão implantados, aliás vocação desde o período colonial, mas pela inexistência de instituições hospitalares ou uma organização secundária na área/concelho da sua implantação, nem tampouco, se conseguiu derivar todos os cuidados primários para a rede de CS, criados para esse efeito. Até agora, os HC não conseguem fazer a sua prestação terciária, com a equidade à toda população definida, por razões que se prendem, certamente, às condições geodemográficas, as ilhas afastadas umas das outras e ligadas pelo mar, às grandes diferenças no tamanho da população e a migração interna e externa, entre outros fatores de iniquidade nas abordagens da saúde-doença, mas também pela não assunção plena da responsabilidade e do papel que esse nível desempenha na pirâmide sanitária. As respostas a esse nível requerem uma organização hierarquizada, baseada na referência e contra referência dos casos e na assunção do papel nacional dessas prestações, muito além de servir a população do local onde estão implantados. Apesar do aumento dos investimentos nas infraestruturas, recursos humanos e tecnologia, fica a percepção de que não tem havido um conjunto de diretrizes claras, nem um seguimento consistente ou um cabal cumprimento para a melhoria dos cuidados e resolução do problema existente na prestação nos HC, provavelmente, também pela escassa comunicação entre utentes e atores institucionais.

Barros e Lapão (2016) nos dizem, de uma visão do exterior, que:

“O caso de Cabo Verde, país cujas políticas de saúde se destacam no contexto africano, tendo sido dos poucos que conseguiu atingir os objetivos do milénio, é muito interessante. Apesar das limitações, Cabo Verde tem desenvolvido uma política sustentada com esforços sistemáticos de reforço das infraestruturas, de mais recursos humanos e do relacionamento entre níveis de serviços. De salientar ainda a forma como vem tentando introduzir a telemedicina como forma de melhorar o acesso a serviços de maior qualidade. Mas ainda há muito por fazer, desde o desenvolvimento dos sistemas de informação até à dignificação da carreira de medicina da família, tornando estes profissionais o centro de uma equipa multidisciplinar (com os enfermeiros e os outros técnicos) no acompanhamento da saúde das populações, das crianças, jovens e grávidas, aos idosos e as suas doenças crónicas.“ [25].

A análise da prestação de serviços de saúde que importa incrementar para o desenvolvimento sanitário em Cabo Verde nas circunstâncias atuais no horizonte 2030, e numa perspetiva de Cobertura Universal em Saúde, deve fundamentar-se no conceito da cobertura em cuidados de saúde desenvolvido pela OMS e considerar a avaliação integrada de três elementos essenciais: 1) estimular e garantir o acesso de um número

crescente da população a 2) uma gama ampliada de serviços e cuidados inclinada para todas as pessoas que dele necessitam, incluindo aquelas que não vêm sendo atendidas e 3) a um custo acessível tanto para o indivíduo quanto para o país como um todo [26].

Além disso, a análise da cobertura na prestação de cuidados de saúde em Cabo Verde deve ser aprofundada, trazendo sempre para a discussão o fator constrangedor para a equidade que é o facto de ele ser um país constituído por ilhas dispersas, cada uma delas com características próprias, e número bastante desigual da população residente, para se poder reduzir os vieses e garantir o princípio da equidade. Será necessário diferenciar e reforçar, harmonicamente cada um dos três níveis em que está estruturado o SNS – primário, secundário e terciário – para garantir a eficácia e a eficiência local e assegurar a interação que deverá existir entre eles, com transferências/evacuações garantidas para receber o cuidado ou serviço em um nível diferente, a depender da complexidade do problema. Para isso, é certamente, bastante importante a revisão da rede de telemedicina implantada ligando as ilhas, visando uma adaptação e atualização do seu funcionamento mais virada para servir as ilhas menos apetrechadas em recursos humanos e materiais, e mantê-las mais permanente em ligação com a ciência, em benefício da população servida.

Os pacotes de cuidados de cada nível deverão ser revistos periodicamente em consonância com a evolução das necessidades, dos serviços e dos recursos. Contudo deve existir uma delimitação clara em termos de missão, competência e intervenção, entre outros aspectos, numa decisão partilhada, de preferência, com envolvimento os intervenientes.

No nível primário, básico para a primeira abordagem, há um conjunto de cuidados e serviços essenciais da atenção primária, menos complexo, mas mais abrangentes e mais próxima da população, que devem ser capazes de resolver a maioria dos problemas que afetam a população. O esforço exigido no fortalecimento desse nível deve recomendar dotar-se os CS e suas extensões de: (1) uma equipa multiprofissional, formada de gente treinada com especialidades básicas, vocacionadas para trabalho em equipa, remunerada, motivada e dedicada para participar na mudança da missão dos CS, com base nas necessidades da população a servir; (2) devem estar aptos a organizar e prestar cuidados às famílias e indivíduos, na comunidade fora dos muros do CS e terem capacidade de decisão para referenciar as situações mais complexas, que ultrapassam as competências a esse nível. É desse modo que se poderá atingir a cobertura universal de cuidados primários, preenchendo o 1º anel de cobertura.

O nível secundário será focado na elevação das respostas, acrescentando às prestações do CS um conjunto de serviços e cuidados hospitalares, cirúrgicos e outros

mais interventivos, às pessoas servidas, alargando e afinando a cobertura desse tipo de cuidados mais próximo da família. É materializado pelo conceito de RS, que é uma adaptação ao contexto de Cabo Verde do Distrito Sanitário/ Health District da OMS como um processo criativo e contínuo para modificar a forma de organização e de prestação. Para isso, deve-se interligar em uma “rede de hospitais gerais de Cabo Verde”, passando por: (1) elevação da capacidade de intervenção dos chamados regionais, e pela inclusão dos Hospitais da Praia e do Mindelo, reorganizados para a assunção plena da missão da prestação de cuidados hospitalares secundários à população servida em 1^a instância nas cidades onde estão instalados.

Embora se tenha de atender às diferenças que existirão sempre, em função da diversidade das necessidades das populações servidas nas condições das suas ilhas, a tendência deverá ser de se aproximar as competências instaladas e alargar a cobertura em cuidados hospitalares secundários (de gabarito semelhante) a todas as RS do país, preenchendo o 2º anel de cobertura. Os cuidados terciários de saúde, mais complexos e especializados, constituem o conjunto de respostas mais diferenciadas a serem oferecidas a toda a população do país, sejam ambulatórias ou hospitalares, que encontram a sua justificação, na concentração e utilização racionais dos recursos necessários, em geral caros, dependentes de um nível tecnológico elevado, com permanentes e elevadas necessidades de formação dos profissionais e, também de manutenção. Quando o “Novo Hospital de Cabo Verde” iniciar funções - que se recomenda fortemente seja de abrangência nacional, de nível terciário por excelência, dirigido às situações mais complexas, por exemplo aquelas que são objeto das evacuações para o exterior, mas também das transferências internas -, o nível terciário ganhará nova dimensão e o figurino do SNS será ajustado a um novo estilo e método de funcionamento.

Este nunca deverá ser um hospital geral, para “substituir” o existente. Deverá ser conceitualizado como um hospital especializado, terciário por excelência, de âmbito e referência nacionais, na ponta da pirâmide sanitária, concebido e organizado, desde a construção, com a missão de ser o somatório de vários centros de excelência, pensados em domínios especializados e prioritários, a definir previamente, para responder a muitas das necessidades de evacuação para o exterior e com previsão e reserva de espaço para incorporar novos serviços. É elementar que ele esteja em conexão aberta com a rede de hospitais do país a criar, com referências via digital com ligação 5G/6G; através de Telessaúde /Telemedicina; por sistema de informação digital para manter o fluxo no SNS, além disso, deve manter uma parceria externa com hospitais e instituições congêneres, parceiras, podendo quiçá, facilitar a contribuição de técnicos cabo-verdianos do ramo na diáspora.

No interior do país o acesso aos serviços e prestações de cuidado em cada nível e entre níveis, deverá ser facilitado por um sistema de emergência médica rápida (mobilitade aérea, marítima e terrestre) para responder, com urgência, às necessidades das pessoas em risco de vida, segundo protocolos claros, adequados e adaptados às circunstâncias de um país pequeno e insular como Cabo Verde, para transferi-los, em segurança, entre unidades da rede, nos diversos níveis da pirâmide de saúde.

Note-se que existe, ainda, uma fraca capacidade de respostas para reduzir/melhorar a evacuação de doentes, nomeadamente, entre as ilhas. Habitualmente são feitas por via marítima ou aérea nos transportes comerciais entre ilhas, quando há vagas ou conveniências, ou por afretamento. Ambulâncias afetas aos serviços de saúde garantem o transporte terrestre para transferências de pacientes, mas de forma não organizada e regulada, quase sempre improvisado e sem todas as condições técnicas e de segurança.

Um futuro “Sistema de Emergência Médica e Salvamento” (SEMS), será um elemento essencial de viabilização da missão dos hospitais nacionais, uma componente importante da sua conexão, para que a sua ação chegue e sirva a todos os cantos do país, aumente a capacidade resolutiva do sistema de saúde e a garantia de melhor equidade de acesso a prestações complexas de saúde. Além de participar, eventualmente na prestação de socorros. Se concebido e gerido de forma integrada, envolvendo outras instituições e setores que lidam com situações urgentes a precisar de cuidados ou de salvamento, o SEMS será um contributo de relevo para a segurança geral no país, sanitária em particular. Estará a prover argumentos para se cumprir os requisitos para a cobertura nacional de cuidados hospitalares e terciários e de se materializar alguns dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O esforço na organização, funcionamento e melhoria da prestação do SNS, vai consolidar as capacidades nacionais, mas, com certeza, manter-se-ão algumas necessidades de evacuações médicas para tratamento no exterior, que se espera serem em menor número, diferentes das atuais e bem mais complexas.

O sector privado da saúde é, naturalmente um integrante importante na persecução do desenvolvimento sanitário no horizonte 2030, na lógica do desenvolvimento sustentado. Em 2019 segundo dados oficiais, estavam registados cerca de centena e meia de licenciamentos de clínicas, consultórios e laboratórios espalhados pelas ilhas, mas com predominância nos centros urbanos da Praia (67) e do Mindelo (53) (tabela 3). A tendência é para o aparecimento de clínicas mais bem apetrechadas. A maioria das clínicas e consultórios são servidos por profissionais de saúde que prestam também serviço no sistema público. A estruturação de um sector privado da saúde de qualidade,

vai precisar de se criar a regulamentação dessa prática e melhorar a organização de agremiações, que facilitarão a advocacia junto do Governo e de outras instituições, tanto nacionais como internacionais, para afirmar o seu papel junto da sociedade na prestação de cuidados de saúde e ocupar o seu lugar de importante parceiro do sistema de saúde e do desenvolvimento sanitário do país.

Tabela 3- Cabo Verde: Distribuição das unidades do setor privado da saúde, 2019

Cabo Verde/ Concelhos/Ilhas	Clínicas/ Consultório	Laboratórios Anal. Clínicas
Boa Vista	4	
Fogo – Mosteiros	1	1
Fogo – S. Filipe	5	1
Maio	1	
S. Antão – Paul	1	
S. Antão – Porto Novo	2	
S. Antão – Ribeira Grande	5	
S. Nicolau – Ribeira Brava	3	
S. Vicente	48	5
Sal	8	
Santiago – Praia	63	4
Santiago – Santa Catarina	7	
Total	148	11

Fonte: Registo do licenciamento na DNS/MSS, 2019

Evolução da força de trabalho em saúde /RHS

Os recursos humanos de saúde (RHS) constituíram sempre um elemento-chave para a melhoria do estado de saúde das pessoas e populações. Embora nem sempre tenha sido esta a tônica predominante, ganham agora uma dimensão mais pragmática, sobretudo no contexto da afirmação da cobertura universal de saúde como o melhor elemento para assegurar o direito à saúde às populações de todo o mundo. Efetivamente, a OMS vem desenvolvendo esforços junto aos líderes mundiais, particularmente os da saúde, para que se focalizem em erigir a ambição da cobertura universal numa meta mundial, sobretudo perante evidências de que esse objetivo está a ganhar força e os debates sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 estão realmente a começar. Contudo, a OMS reconhece que o sucesso

dessa ambição assentará na disponibilidade duma força de trabalho em saúde que seja adequada à sua finalidade e coerente à prática [27];[28].

A pesada herança do colonialismo se repercutiu, em Cabo Verde, no domínio da saúde, à semelhança de outros setores, situação algo notória, ainda hoje. O rompimento do sistema colonial provocou uma redução do pessoal de saúde devido, entre outros fatores, à partida de quadros técnicos, entre os quais médicos expedicionários portugueses e alguns, poucos, cabo-verdianos que não abraçaram a causa ou estiveram em desacordo com a condução do processo da independência. Assim, os primeiros anos pós-independência foram marcados pela escassez de profissionais neste setor, impactando negativamente na execução das estratégias e políticas de desenvolvimento sanitário do país, pelo papel destes recursos na melhoria do estado de saúde das populações.

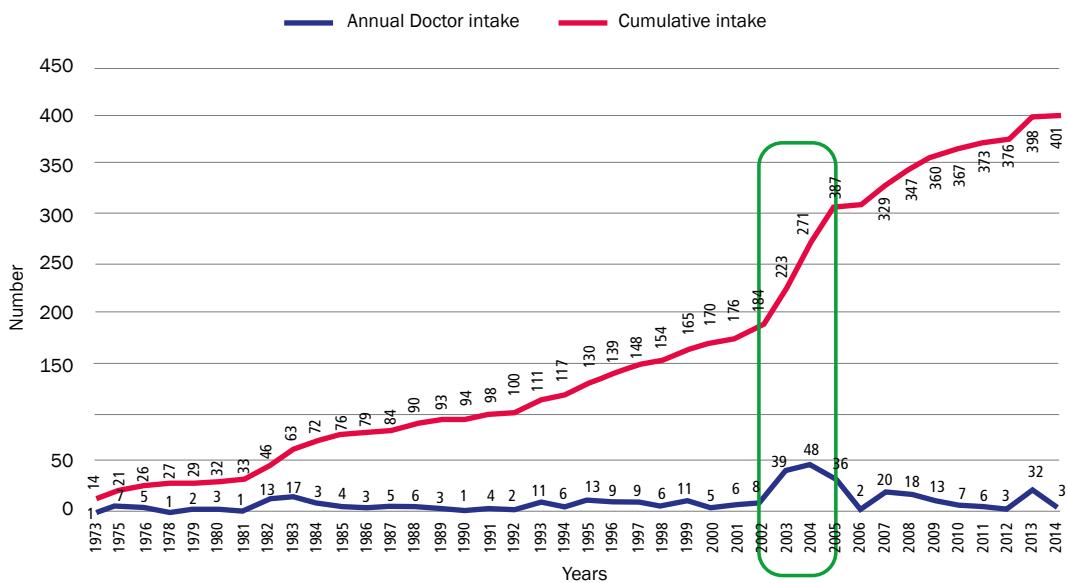
De realçar o papel importante que a cooperação internacional teve para colmatar essa escassez, sobretudo no preenchimento do número de médicos. No pós-independência imediato, Cabo Verde foi atendendo às necessidades médicas imediatas da população com o apoio de um bem pensado programa de cooperação internacional em saúde desenvolvida com diversos países, que sensibilizados com a situação corrente do país suportavam e enviavam seus profissionais por períodos longos. Equipas mistas de trabalhadores de saúde, voluntários recrutados por organizações não governamentais, ou profissionais individuais, ajudaram Cabo Verde a alargar a cobertura de serviços de saúde a todas as ilhas, fortalecendo as atividades locais, localizados nas instituições de saúde ou em deslocações em equipas de saúde.

Além disso, outra vertente da cooperação foi a que apoiou programas de formação levados a cabo ao longo desses 50 anos no exterior, pela concessão de vagas nas universidades e bolsas de estudo, e pelo patrocínio da formação local com financiamento de projetos locais de formação, permitindo aumentar o número de profissionais cabo-verdianos recrutados para a linha da frente de prestação de serviços ou a exercer funções chaves de gestão do sistema de saúde , tendo-se registadas respostas melhoradas. Apesar das dificuldades registadas as limitações de recursos, sobretudo de recursos humanos, o setor da saúde evoluiu bem, como parte do desenvolvimento global de Cabo Verde, traduzida pela melhoria significativa dos indicadores de saúde e do desenvolvimento humano - mortalidade infantil, de crianças menores de 5 anos e materna e a esperança de vida à nascença, sinalizando uma elevação das condições de vida e de saúde da população cabo-verdiana e uma expectativa da melhoria do nível sanitário da população.

Formação médica

O desenvolvimento dos recursos humanos, dos médicos em particular, constitui um pilar de extrema importância e é um grande desafio para garantir a sustentabilidade das ações de saúde, manter o patamar de desenvolvimento atingido e fazer face às mudanças rápidas do perfil epidemiológico. A evolução do efetivo médico em Cabo Verde nos primeiros 40 anos da independência (gráfico 1) aponta para constatações interessantes para a caracterização do perfil desses profissionais.

Gráfico 1: Cabo Verde: Evolução do nº de médicos, ingressos por ano e o acumulativo entre 1975 e 2014

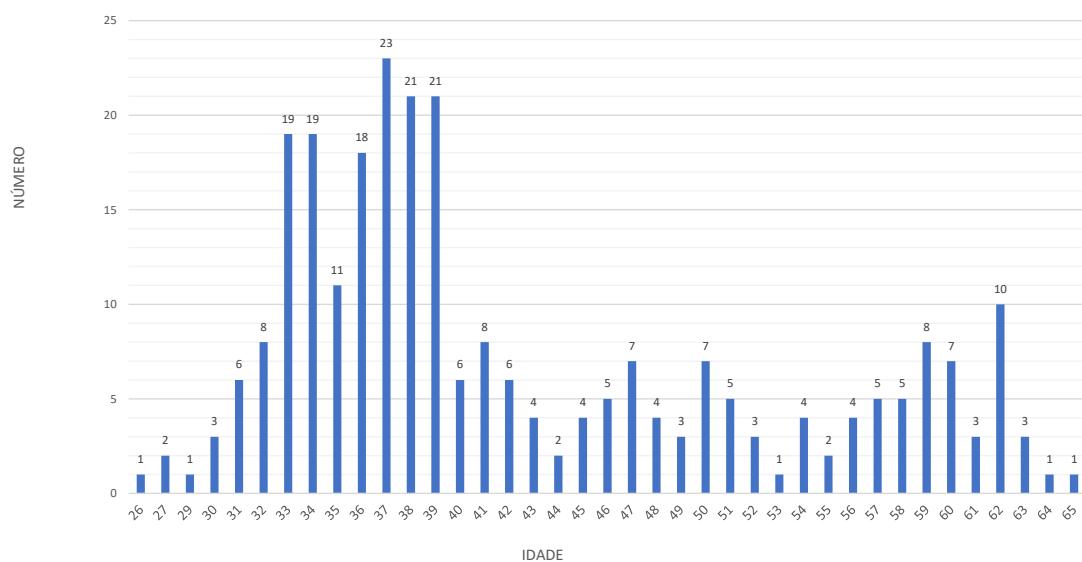


A primeira delas é a forma e o ritmo como se deu o seu crescimento. É histórico que, no dia da proclamação da Independência, 05 de julho de 1975, estavam presentes em Cabo Verde apenas 13 médicos que ficaram dos que tinham sido recrutados ou arregimentados como médicos militares e colocados em Cabo Verde ainda no período colonial ou de poucos cabo-verdianos que regressaram. Esse número evoluiu para 401 médicos, arrolados a 31 de dezembro de 2014, o que aparenta um bom crescimento desse efetivo, embora com algumas particularidades. A análise do crescimento anual do número de médicos, entre 1975 e 2002 foi de um dígito a cada ano, salvo algumas exceções. Apenas dezassete anos depois, em 1992, o país atingiu a centena de médicos. Entre 2003 e 2005 entraram 123 novos médicos (39, 48 e 36), mandados

formar em Cuba, por uma decisão inusitada, e da qual resultou um incremento apreciável desses profissionais no país. Contudo, rapidamente se apercebeu que eram, não só necessários como insuficientes para aumentar o nível da qualidade de intervenção. Poucos anos depois vieram outros que fizeram especializações diversas. Um processo de formação que ajudou bastante, mas que pecou por não se ter procedido à repetição da decisão e pela manutenção do número baixo de formados anuais, fazendo com que a penúria permanecesse e tivesse havido grandes dificuldades em enviar quadros para especialização.

O gráfico 2 realça a distribuição etária da força de trabalho médica, estudada até finais de 2014, realçando como característica importante a sua concentração nas idades mais jovens, abaixo dos 40 anos, fazendo prever que, teoricamente terão ainda um bom tempo de trabalho até a aposentação, dando oportunidade para que se altere os processos de formação e da produção de mais médicos, anualmente.

Gráfico 2: Médicos por idade a 31 DEZ 2014



A nossa convicção era que, apesar dos resultados favoráveis obtidos com o esforço de formação no exterior, a insuficiência permanente de médicos continuava a desafiar Cabo Verde a fazer uma mudança no paradigma da educação médica. A formação local, baseada num quadro conceitual de referência orientada para o desenvolvimento das competências essenciais (nucleares, genéricas e específicas) de um profissional

médico que o país necessita. Havia posturas nem sempre adaptadas às condições locais de trabalho, entre elas, as decorrentes da formação assistencial curativa de uma boa parte dos médicos, que os fez relegar a saúde pública e os cuidados primários de saúde a um plano secundário na sua prática individual. Ora, era uma prática colocar médicos recém-chegados nos CS, onde a prática diária era a prestação desses cuidados aos indivíduos e comunidades e não uma prática decalcada d hospitalar.

Os desenvolvimentos mundiais da força de trabalho em saúde tiveram início, mas não são uma tarefa simples, pois há discrepâncias mundiais nos países afetados por uma grave escassez de RHS e é expectável que, mantendo-se o *status quo* no desenvolvimento desses recursos, essas mudanças não produzirão, necessariamente os resultados esperados [29]. Aliás, uma literatura disponível mostra que a saúde da população pode ficar restringida quando há escassez do pessoal de saúde [30]. Esta crise nos RHS sente-se não só entre os países mais pobres, particularmente em África, mas também nas economias mais desenvolvidas, resultando num número crescente de publicações que mostram essas evidências.

Com a primeira experiência de formação médica local, a partir de outubro de 2015, com um apoio importante de Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), que trouxe a experiência do apoio à formação semelhante desenvolvida pela Universidade dos Açores, deu-se início a um novo modelo híbrido de formação de médicos, os três primeiros anos na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) com mentoria da FMUC, os dois anos seguintes fazem a parte clínica em Coimbra e o 6º ano retornam a Cabo Verde para o estágio e elaboração da monografia, em se tratando de um mestrado integrado em medicina.

Como primeiros resultados quantitativos dessa experiência, registou-se, em 2021 a primeira formatura seguida de três outras, que se traduziu na disponibilidade de cerca de 70 novos médicos, prontos para entrar em exercício. Estima-se que todos os 400 médicos estimados entre 1975 e 2014, venham a estar aposentados em 2050 [31]. Nessa data, o curso de Medicina deveria ter produzido entre 550 e 600 médicos. Sem considerar um número indeterminado de médicos que ainda se formam no exterior pelo regime anterior noutras escolas, muito provavelmente pelas dinâmicas emergentes, os médicos serão, ainda insuficientes para as necessidades, mas permitirão melhorar significativamente o panorama desses recursos humanos no país e as respostas de saúde, substituir os atuais chegados à aposentação, ainda sem se estar perante o espectro da saturação.

Daí a importância de se manter ininterrupto o funcionamento desse curso de medicina, sua consolidação e a transformação numa “Escola de Ciências da Saúde”, articulada, com responsabilidades na formação básica de vários profissionais de saúde num tronco comum introdutório e, posteriormente derivada para a formação específica de cada ramo. O número admitido anualmente para cada tipo de formação é de uma

a duas dezenas de alunos, os professores não abundam e, por vezes, sem toda a preparação necessária, e o custo das formações pode beneficiar de alguma economia de escala. Sobretudo, além da possibilidade de alguma dinâmica para alargar o número e a qualidade de todas as gamas de profissionais, mas também da implementação de processos inovadores de gestão dos RHS, particularmente da formação de base e contínua, a especialização e, sobretudo, a colocação e sua utilização, de forma integrada, em equipas multiprofissionais. Afinal, todos irão atender as mesmas pessoas, quase, num universo de pequena população!

A facilidade de perdas de profissionais, hoje é claramente evidente, num país de emigração como o nosso, como terá acontecido com alguns médicos da atual formação híbrida. Infelizmente, terá havido atrasos burocráticos que adiaram o recrutamento dos primeiros médicos formados em nome da Uni-CV, favorecendo a emigração e abandono de mais de uma dezena que emigrou entre os primeiros formados, criando um precedente para os vindouros. Adiou-se, também a possibilidade de uma avaliação qualitativa do desempenho desses novos profissionais, o que se afigura importante para uma afinação permanentemente do processo, com a análise das suas vivências e desempenhos.

No todo, mostra-se necessária uma reflexão aprofundada para melhor compreender o papel desempenhado pelos médicos, entre os outros profissionais, no percurso da consolidação da saúde em Cabo Verde, desvendar algumas inquietações e dúvidas, como lidar com os problemas da sua formação, sua distribuição pelas diferentes ilhas e níveis do país, aperceber-se da expectativa sobre o desempenho em relação às necessidades da atenção primária ou da assistência hospitalar e, não menos importante, como dar satisfação aos anseios individuais dos profissionais.

Formação de enfermagem

Os enfermeiros constituem outro importante grupo de profissionais no percurso da consolidação da saúde em Cabo Verde.

Tornava-se necessário desenvolver uma política de formação e diversificação dos grupos profissionais, de forma a cobrir uma gama maior de ações de saúde. A formação de enfermeiros foi colocada na agenda pelas autoridades competentes, e intensificada no país após a independência, aproveitando a experiência dos cursos realizados no período anterior, nos derradeiros anos coloniais. Com isso conseguiu-se formar um grupo profissional (cerca de cem) com boa capacidade técnica, embora de conteúdo essencialmente curativo, mas ainda em número insuficiente para as necessidades. Segundo a Enf^a Alice Martins, formadora nesses cursos que ocorreram na Praia e no Mindelo, nos seus “Contributos do passado para a construção do futuro”:

“Durante o percurso da enfermagem em Cabo Verde, existia o curso auxiliar de enfermagem e, mais tarde instituiu-se o curso geral de enfermagem equiparado ao curso profissional. A criação da Universidade de Cabo Verde trouxe uma nova fase de formação de enfermagem, iniciando em 2008 o curso de licenciatura e de complemento de formação para a licenciatura, com a cooperação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra”[32].

Destacamos que na história da prestação de serviços de saúde em Cabo Verde coube um papel importante aos profissionais de enfermagem que cuidavam da maior parte da população, a quem prestavam os primeiros atendimentos, resolvendo ou amenizando os seus sofrimentos com os fracos recursos técnicos e materiais de que dispunham e, muitas vezes forçados pelas circunstâncias e pelo espírito de bem servir, a fazer incursões no campo de atuação médica. Aqueles trabalhando nos postos sanitários tinham, ainda de enfrentar as dificuldades de comunicação e transporte entre as ilhas, como por exemplo, para a transferência de doentes para os hospitais, o que muitas vezes se transformava em um drama. A atuação dos enfermeiros, nestas circunstâncias, deu-lhes legitimidade e aceitação entre a população, principalmente entre a rural que eles acudiam nas horas de aflição, conferindo-lhes status e poder social. Porém, com o aumento do número de médicos no país, a progressiva colocação destes nos concelhos, e consequente redistribuição das responsabilidades e liderança/chefia dos médicos, não raras vezes, surgiram conflitos de poder.

Outros técnicos de saúde

Os técnicos auxiliares (de laboratório, de radiologia, ajudantes de PMI/PF e outros) prestaram um grande contributo às ações de saúde e mostram dedicação e constância no trabalho. Esse grupo foi beneficiado, sobretudo, com uma educação contínua, complementar à formação de base que lhe foi ministrada no país, para a grande maioria dos técnicos.

Olhando, no conjunto, para os exemplos dos primeiros anos após a independência, mais difíceis e complexos, mostramos na tabela 4 a evolução entre 1980-1990 dos profissionais, traduzindo o esforço realizado no desenvolvimento e enquadramento dos recursos humanos (tabela 4).

Tabela 4: Cabo Verde: Evolução do nº de profissionais de saúde, 1980-1990

	1980 (a)	1985 (a)	1990 (b)	Δ 1990 - 1980
Nº Médicos (Nac. e Est.)	51	102	112	119,6%
Nº Farmacêuticos e outros técnicos superiores	9	23	21	133,3%
Nº Enfermeiros	197	215	215	9,1%
Nº Técnicos Auxiliares	125	232	240	92,0%

Fonte: Ministério da Saúde, Trabalhe e Assuntos Sociais; (a) 1986; (b) 1990.

Na tabela 5, nota-se que a relação número de habitantes por médico teve uma evolução favorável entre 1980 e 1990, atingindo melhores níveis do que estabelecido pela OMS para a Região Africana, que era de 5 000 habitantes por um médico. Quanto à relação habitante por enfermeiro ela permaneceu à volta de valores considerados aceitáveis para a altura (tabela 5).

Tabela 5: Cabo Verde: Relação nº de habitantes por médico e por enfermeiro, 1980-1990

	1980 (a)	1985 (a)	1990 (b)
Nº de habitantes / Médico	5805	3125	3050
Nº de habitantes / Enfermeiro	1503	1482	1588

Fonte: Ministério da Saúde, Trabalhe e Assuntos Sociais; (a) 1986; (b) 1990.

A questão salarial tem sido um problema de gestão dos RHS, aquele que afeta os profissionais de saúde e que vem estando no centro das reivindicações que atravessam o tempo desde a década de 1980. A política salarial enquadrava todos os profissionais em faixas salariais muito baixas e o nível de remuneração desencadeou um sentimento de frustração entre os médicos e enfermeiros que tinham e têm a aspiração natural de ter um maior retorno financeiro pelo aperfeiçoamento profissional.

Outra questão que afetou os médicos foi que a formação especializada, forçosamente no exterior, exigia uma espera maior do que as aspirações individuais, em função das ofertas de vagas e bolsas de estudo e de, sobretudo, colegas para substituir o candidato nas funções, pela escassez de profissionais que sempre houve.

Contudo, mesmo perante esses resultados, precisa-se analisar e ver como a força de trabalho de Cabo Verde contribuiu e continuará a contribuir para os sucessos da saúde, sem perder de vista que somos um pequeno país insular, com limitações próprias. Aliás, encontra-se uma literatura, embora limitada [33] [34] que enfatiza algumas características dos mercados de trabalho nos pequenos estados em desenvolvimento, para as quais chamamos a atenção porque elas têm uma repercussão particular e podem moldar ou terem um impacto nas estratégias e políticas de RHS, na capacidade de gestão e planeamento de RH, ou para sustentar institutos de formação superior:

- Recursos humanos limitados;
- Fraca capacidade de formação;
- Altos níveis de emigração para países maiores e mais desenvolvidos, sendo que as remessas constituem uma importante fonte de renda;
- Fracos sistemas de regulação e dados do mercado de trabalho inadequados.

Particularmente sabemos, porque já a experimentamos, que a força de trabalho reduzida aumenta a vulnerabilidade à emigração ou imigração; cria dificuldades na prestação de serviços especializados terciários, obriga à polivalência de indivíduos que desempenham vários papéis e inexiste (ou quase) do pessoal para fazer a转移ência de competências no sector da saúde.

Há pouca ou nenhuma possibilidade de cobertura de licenças para educação, não há economias de escala na oferta de formação e, além do custo do apoio à formação fora do país de nacionais profissionais de nível superior, há a incerteza quanto ao seu retorno ao país.

Financiamento da saúde em Cabo Verde

A situação de saúde da população e os ideais nacionalistas impulsionaram o Estado de Cabo Verde a assumir o Sistema Nacional de Saúde e a mobilizar todos os recursos humanos e materiais em amplos programas nacionais, organizados sob a direção do Ministério da Saúde, visando a proteção e recuperação da saúde, com prioridade à infância e à gestante, a ampliação da proteção social e unificação dos esquemas de previdência e a definição de uma política social para a terceira idade.

As formas de financiamento para a mobilização e disponibilidade de recursos necessários à organização e funcionamento do sistema de saúde provêm, essencialmente de quatro fontes: o Estado, através do orçamento geral do estado; o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), proveniente das quotas dos seus sócios; pelo desembolso direto pelos utentes, e a cooperação internacional, em ajuda financeira, mas, sobretudo no preenchimento do número de médicos.

Em Cabo Verde a saúde é uma norma da Constituição da República promulgada pela Assembleia Nacional Popular (B.O. nº 41 de 133 de outubro de 1980) que proclamou que “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” (artº. 14º) e definiu o “direito de todo o cidadão à proteção da saúde e o dever de a promover e a defender” (artº. 38º).

Na sua última revisão, Lei Constitucional nº 1/V/99 de 23 de Novembro, o artigo 70º estipula a universalidade do direito à saúde e o dever de todo o cidadão de a defender e promover, independentemente da condição económica, cabendo ao Estado, a criação de uma rede adequada de serviços de saúde e das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações e, de “Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”.

Desde a independência nacional em 1975 a política de saúde e o sistema nacional de saúde, norteiam-se pelos princípios e valores de um sistema universal, contemporâneo e centrado nas pessoas, de que destacamos:

- Integralidade do conceito de saúde pública
- Inserção no meio sócio ecológico
- Ênfase na proteção e promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença
- Acesso universal
- Proteção do cidadão
- Participação do cidadão na promoção e defesa da saúde
- Gratuidade dos cuidados de saúde, ou tendencialmente gratuitos

Esses princípios e valores da política de saúde, integrada na política de desenvolvimento socioeconómico do país, concomitantemente com o capital humano fizeram com que Cabo Verde tenha atingido os resultados de saúde que ainda sustentam o desenvolvimento do país (destaca-se a graduação para país de desenvolvimento médio em 2008). O pacote de cuidados integrava os serviços de nutrição, educação para a saúde incluindo educação sexual, vacinação, saúde materno-infantil, planeamento familiar, medicamentos essenciais, luta contra as principais endemias, saúde mental, outros cuidados primários e diferenciados. A cobertura era universal embora o acesso aos cuidados primários fosse de cerca de 80 porcento e os cuidados médicos à volta de 50 porcento [35].

Contudo, nos finais da década de oitenta, face à sentida pressão nos serviços de saúde, devido, nomeadamente, às doenças emergentes, como a pandemia do VIH/SIDA e ao aumento das doenças crónicas e não transmissíveis, e na perspetiva de angariar fundos residuais para alargar os serviços, foram introduzidas as taxas moderadoras do consumo dos serviços de saúde (Decreto-Lei 1989 Cabo Verde na década de 1990 e sua alteração em 2007).

Sabemos que as receitas provenientes do pagamento de taxas no momento de utilização dos serviços de saúde têm um peso residual no financiamento da saúde, porém constituem um entrave no acesso aos cuidados para os mais pobres. Muitos países reduziram ou eliminaram as taxas moderadoras da saúde, como exemplo, Portugal.

A Lei nº41/VI/2004 definiu as bases do Serviço Nacional da Saúde (republicação pela Lei nº76/IX/2020, de 2 de março). No artigo 37º estipula, sobre o seu financiamento que é assegurado pelo orçamento geral do estado, pelos utentes, pelas entidades seguradoras, pelos subsistemas de saúde e por terceiros responsáveis pela prestação de assistência. O modelo de financiamento é compatível com os sistemas de saúde Beveridgeano, tendencialmente gratuito e com universalidade no acesso aos serviços. A norma-

tiva sobre o financiamento da saúde encontra-se dispersa em vários textos legais, tais como, o orçamento do estado, as taxas moderadoras, a tabela de cuidados de saúde da parte do setor público e relativos à população em geral, e nos textos regulamentares do INPS, concernente aos seus segurados e beneficiários. Porém, a inexistência de uma normativa/política explícita e abrangente sobre o financiamento da saúde pode constituir atualmente uma fraqueza do SNS, causando iniquidades no acesso aos serviços e deixando muitas pessoas para trás no concernente à proteção financeira. Contudo, o quadro legal existente é propiciador à integração dos subsistemas atuais de proteção social, assente num dispositivo permanente e estruturado em Rede de Segurança, Proteção Social Obrigatório e Proteção Social Complementar – Lei 131/V/2001 de 22 de janeiro (lei de Bases da proteção social).

Cabo Verde tem investido na saúde de forma significativa e consistente ao longo dos anos, expresso pelos dados da tabela 6. No período mais recente, de 2005 a 2021, a despesa corrente com a saúde per capita, praticamente triplicou e a despesa do Governo com a Saúde representando 15,8% da Despesa Total do Governo (incluindo as despesas com a saúde do INPS). O país atingiu assim, o compromisso estabelecido na Declaração de Abuja de 2001, na qual os líderes africanos se comprometeram a afetar pelo menos 15% dos orçamentos governamentais à saúde (tabela 6).

Tabela 6: Cabo Verde - Evolução das despesas totais de saúde (2005 a 2021)

Indicadores	2005	2010	2015	2021
Despesa corrente com saúde (DCS) per capita em US\$	95	143	139	248
Despesas Totais do Governo com Saúde (DTGS) como % Despesa Corrente com Saúde (DCS)	69,1%	63,3%	65,8%	68,3%
Pagamentos Diretos (PD) como % da Despesa Corrente com Saúde (DCS)	24,6%	28,1%	27,7%	18,5%
Despesa do Governo com Saúde como % Despesa Total do Governo (DTG)	8,8%	7,2%	10,1%	15,8%
Produto Interno Bruto (PIB) per capita em US\$	2.213,2	3.192,4	2.891,9	3.590,9

Fonte: Global Health Expenditure Database (who.int).

Analizando na tabela 6 as fontes do financiamento da saúde, o Ministério das Finanças (MF) e as famílias constituem as duas principais, em Cabo Verde. O MF, através da receita de impostos, é o maior financiador do sistema de saúde com uma participação de cerca de 60% em 2021, incluindo a ajuda externa ao orçamento.

Esse nível de financiamento em saúde (tabela 6), com uma despesa de saúde per capita abaixo de 300 dólares é considerado ainda fraco, em comparação aos restantes países insulares. Os SIDS estão classificados em três grupos em função do rendimento médio: O grupo dos de Bahamas, Barbados e Seychelles (rendimento alto); o das Ilhas

Maurícias e Maldivas (rendimento médio-alto) e S. Tomé e Príncipe (rendimento médio-baixo). Constata-se, com Rosilda Benrós, 2018 [1] que Seychelles já ultrapassou os 800 dólares per capita, enquanto as ilhas Maurícias, Bahamas, Barbados e Maldivas, em 2015, já se encontravam, à volta dos 1500 dólares per capita (tabela 6).

Contudo, em Cabo Verde, como nos restantes países insulares de rendimento médio, o nível do pagamento direto é ainda bastante elevado, constituindo uma lacuna importante nos respetivos modelos de financiamento, na proteção financeira dos sistemas nacionais de saúde e uma barreira no acesso aos serviços de saúde, em particular, aos mais pobres.

As despesas públicas, abrangendo as despesas cobertas pelo seguro obrigatório da saúde, rondavam 70% em Cabo Verde, tal como, em Seychelles e Maldivas. Entretanto e ao contrário dos restantes países. O financiamento da saúde em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe apresentam ainda um nível importante de dependência externa, respetivamente 6,5% e 49% em 2015.(tabela 7).

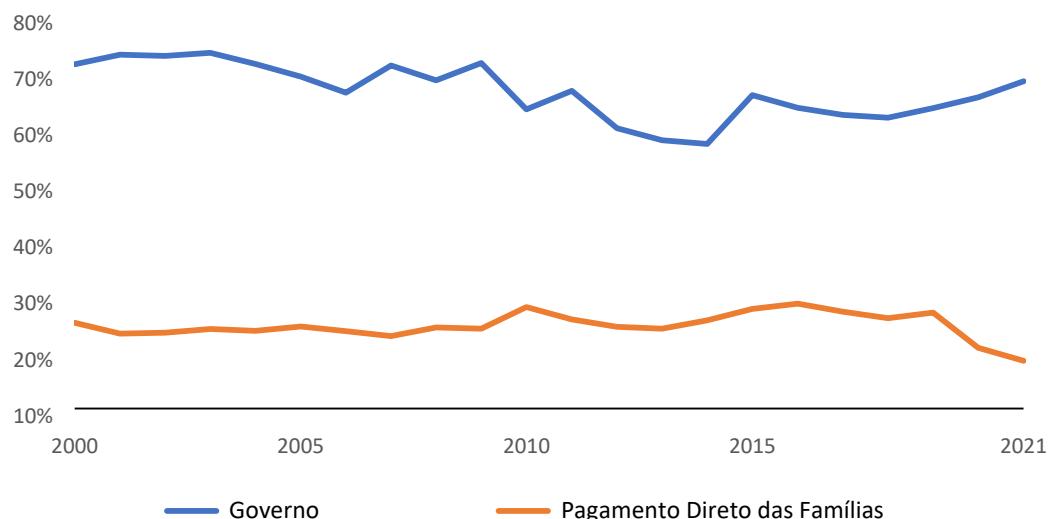
Tabela 7: Principais indicadores do financiamento da saúde em países insulares selecionados (2000 e 2015)

País	Despesas da saúde (% do PIB)		Despesas per capita em saúde (em PPC) (b)		Despesa pública em saúde (% OE)		Despesa pública em saúde (% DTS) (c)		Despesa privada em saúde (% DTS) (c)		Ajuda externa em saúde (% DTS) (c)	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Cabo Verde	4,8	4,8	147,3	310,4	7,5	10,8	71,3	67,8	26,1	25,7	2,6	6,5
Ilhas Maurícias	3	5,5	270,6	1098,6	6,9	9,9	53,5	45,8	46,5	51,5	0	2,7
São Tomé e Príncipe	9,7	9,8	167,5	308,4	9	10,7	37,1	37,2	27,3	13,7	35,6	49,1
Seychelles	4,6	3,4	674,2	867,3	6,8	10	82,1	97	17,9	2,5	0	0,5
Bahamas	5,1	7,4	1045,8	1699,1	18,6	14,2	47,1	48,6	52,3	50,9	0,6	0,5
Barbados	5,2	7,5	598,4	1233,6	7,8	7,4	51,5	45,7	48	52,5	0,5	1,8
Maldivas	7,4	11,5	277,6	1513,9	8,8	22,8	44,8	81,6	52,6	18	2,6	0,4
PRMBa)	3,9	4,0	97,2	259,1	nd	5,4	31	31,6	66,2	64,8	3	3,6
África Subsaariana	5,4	5,4	101,7	198,7	nd	6,9	33,2	34,7	61,5	52,1	6	13,1

Fonte: Rosilda Benrós, 2018.

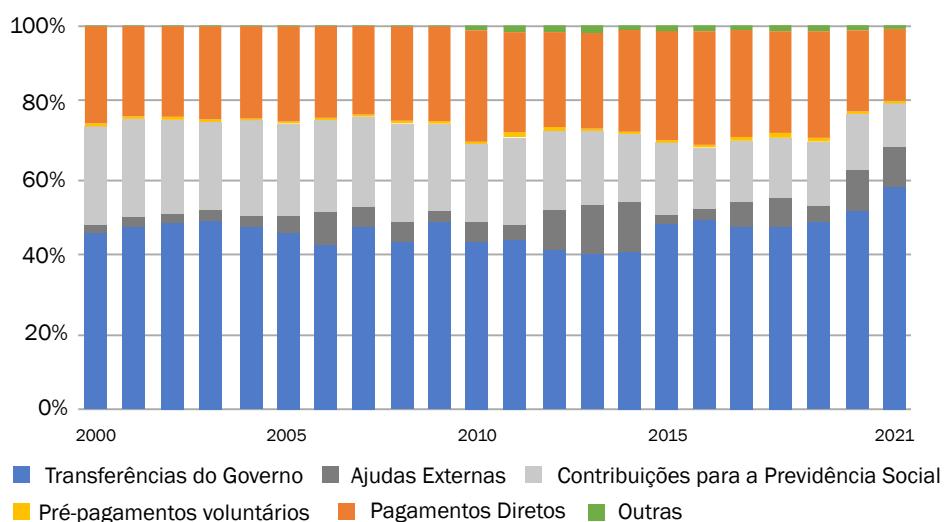
As famílias contribuíram, em média, com 35% do financiamento da saúde, entre 2008 e 2014, através da segurança social, do seguro privado, embora este ainda pouco expressivo, e do pagamento direto, nomeadamente, as taxas moderadoras no momento da prestação dos cuidados de saúde (gráfico 3).

Gráfico 3: Cabo Verde: Despesas do Governo e Pagamentos Diretos de Saúde



O financiamento da saúde tem tido pouca variação, (gráfico 4) demonstrando pouca elasticidade das fontes tradicionais e a dependência da ajuda externa, nomeadamente do apoio orçamental. A ajuda externa, dado o carácter imprevisível e insustentável, deveria ser menor como acontece com os países da mesma categoria de rendimento, contrariamente à proporção do orçamento do Estado e do seguro social obrigatório.

Gráfico 4: Cabo Verde: Fontes de Despesas com Saúde



Fonte: Global Health Expenditure Database (who int).

As fontes alternativas de financiamento, entre os quais a aplicação de impostos sobre o consumo de álcool e a importação do tabaco têm sido aplicadas, extensivamente, em contextos semelhantes [37]. A elevada carga de doença e óbitos provocada pelo consumo de álcool e o seu peso no orçamento das famílias apelam ao reforço das medidas preventivas e corretivas, em particular, à carga fiscal.

O sistema de saúde cabo-verdiano é um sistema de pouca fragmentação, tendo em atenção que duas entidades públicas têm vindo a gerir mais de 70% dos fundos arrecadados. Entretanto, existe ainda uma parte importante dos fundos, cerca de 25%, com tendência para crescimento, que provêm do pagamento direto das famílias e que constitui uma lacuna na cobertura dos esquemas de proteção financeira da saúde.

O Ministério da Saúde é o principal administrador de 50% dos fundos atribuídos, que provêm do orçamento do Estado, e destina-se ao funcionamento das instituições públicas de saúde, com predominância, para as despesas com o pessoal. Enquanto os programas de saúde prioritários, também da responsabilidade do Ministério da Saúde e as despesas de capital têm sido, principalmente, assegurados pela cooperação internacional.

O INPS encarrega-se da administração do regime geral obrigatório de proteção social dos trabalhadores, com uma cobertura de cerca de 60% da população ativa e uma tendência crescente nos últimos anos. O INPS arrecada os fundos, mas não presta diretamente cuidados de saúde.

As seguradoras privadas ainda não têm grande expressão enquanto agentes de financiamento.

Cabo Verde segue a tendência global de os medicamentos pesarem nas despesas totais. A nível mundial os gastos com medicamentos representam entre 20% a 30% da despesa total e mais de metade dos medicamentos prescritos é dispensada ou vendida inadequadamente [38].

As evacuações internas e externas têm um peso social e financeiro grande, pelos montantes associados a cada processo, seja com o transporte, seja com a estadia e outros custos administrativos, custos esses que poderiam ser evitados e revertidos, havendo uma atitude para investimento na criação de novos serviços e melhoria de condições de tratamento dos doentes no país, no quadro de uma política efetiva de elevação do nível das prestações locais. Mas há custos sentimentais e afetivos ligados à deslocalização que não são resarcíveis.

O modelo de financiamento determina até que ponto um sistema é equitativo, eficiente e eficaz e em que medida a meta da cobertura universal está ao alcance. Esta constitui uma meta a nível mundial, independentemente do grau de desenvolvimento,

de cada país. Cabo Verde está comprometido com esse percurso de atingir a cobertura universal, tendo ultrapassado o índice de cobertura de 70% segundo a avaliação periódica feita pela OMS [39].

Apesar da norma constitucional da universalidade da saúde, e tendo o Estado a responsabilidade de garantir a prestação dos cuidados à população vulnerável através do regime de solidariedade, o país ainda apresenta deficiências a nível de uma cobertura efetiva, visto subsistirem utentes não abrangidos pelos regimes, incluindo trabalhadores ainda não cobertos pela proteção social obrigatória.

Considerações finais: Desafios e Recomendações

Um dos maiores desafios do Cabo Verde independente foi a prestação do serviço de saúde, num país com enormes dificuldades naturais, humanas, técnicas e, sobretudo financeiras.

As condições de vida da população cabo-verdiana nos séculos do jugo colonial, de 1460 a 1975, da escravatura às secas, fomes e mortandades, a sobrevivência de uma agricultura de subsistência, à situação sócio sanitária deficiente, entre outros condicionantes, terão deixado marcas arreigadas, indutoras de práticas e atitudes, sobretudo para a sobrevivência das pessoas, a todo o custo, que foram sendo incorporados nos comportamentos e terão passado de geração em geração.

Mas, por outro lado, essas condições foram indutoras da motivação para muitos quererem a independência e abraçarem a luta armada ou clandestina, quando foi necessário atingir esse objetivo maior.

Com o advento da independência, ter-se-á perguntado o que fazer com ela? Provavelmente, apesar dos vaticínios de amigos de Cabo Verde sobre a inviabilidade do país, alguns sabiam e começaram a pensar como e a trabalhar para, por exemplo, organizar e governar a prestação de cuidados de saúde.

Entende-se, por isso, que a luta de Cabo Verde para a saúde nos últimos 50 anos tenha sido renhida e prenhe de enormes problemas e de imensos desafios de toda a espécie, mas que, ao final, os resultados obtidos, vistos globalmente, possam ser considerados bons. Contudo, devem ser olhados e apreciados de forma relativizada, com os olhos postos na qualidade alcançada ainda não perfeita e ver nesses resultados um trampolim para novas largadas.

Há vários marcos que referenciam o processo de construção do sistema de saúde e a montagem do SNS, mostrados atrás, mas dos quais damos destaque aqui a alguns:

A ENS (1976), constitui o primeiro marco. Assente sobre três pilares, a primazia à saúde pública, a gratuidade dos cuidados, o alargamento do acesso e cobertura em

direção à “saúde para todos”, em sintonia com as orientações de Alma-Ata, sustentou o lançamento do sistema de saúde de Cabo Verde.

A criação do Gabinete de Coordenação da Saúde Pública, na assessoria à DGS, nos anos 80 do século passado, reforçou a capacidade para aplicação das orientações descentralizadas. Igualmente o aumento do número de profissionais, nacionais e cooperantes, contribuiu para que os primeiros resultados fossem animadores, pela melhoria visível de alguns indicadores de saúde.

A Carta Sanitária de Cabo Verde (1999) constitui outro marco importante. Forneceu os instrumentos para uma reformulação do sistema de saúde, mais adequada às condições geodemográficas do país, às prestações de cuidados de saúde possíveis e aos avanços mundiais em saúde e seus determinantes. A organização piramidal do sistema de saúde, o investimento no nível primário pela criação dos CS de implantação nos municípios, a criação e funcionamento dos hospitais regionais e sua junção funcional aos CS abrangidos numa RS permitiu alargar a cobertura secundária de cuidados hospitalares.

A PNS 2020 foi mais um marco importante que deu forma legal e definiu o funcionamento e a relação entre os pilares do sistema de saúde a partir do anteriormente definido. A PNS foi implementada por PNDS quinquenais que, embora de elaboração centralizada, a executaram em estreita parceria com o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

A melhoria dos indicadores de saúde foi um critério importante para Cabo Verde ascender, em 2008, à categoria de país de desenvolvimento médio e, mais tarde, em 2015, ter sido um dos países a atingir os ODM.

Estes marcos, entre outros feitos, ajudam a ter uma percepção mais exata dos esforços despendidos, avaliar os resultados alcançados e equacionar os desafios no futuro imediato.

Considerando a sua geodemografia, Cabo Verde tem na organização em pirâmide do seu sistema de saúde e na prestação de cuidados de saúde o que nos parece ser o modelo melhor indicado para assegurar a equidade possível nas prestações e nas intervenções em cada nível, especificadas em função das necessidades e das disponibilidades, por forma a alargar a cobertura a toda a população.

A perspetiva dos ODS deverá estimular a elevação da qualidade do sistema de saúde através de patamares de respostas em todo os níveis da pirâmide sanitária para continuar a melhorar, sobretudo a qualidade das respostas aos desafios que se colocam. A articulação e a inter-relação entre os três níveis de atenção são peças fundamentais para a evolução do SNS em direção à cobertura universal de saúde e à melhoria da atenção. Dependerá do reforço da descentralização de competências e de recursos financeiros e técnicos que forem considerados necessários para cada nível.

O maior desafio, de momento, é cuidar do nível hospitalar, terciário de prestação cuidados de saúde, centrando-o na resolução dos problemas de doença mais complexos e ser suporte aos outros níveis, pelo que se torna fundamental:

Reverter o projeto de um Novo Hospital Nacional em estudo, fazendo-o evoluir de um conceito de hospital geral, visando substituir o existente, para uma Hospital, especializado, de âmbito nacional, vocacionado para responder aos problemas terciários e proporcionar uma mudança na capacidade terciária de todo o SNS, seja no país, seja aquelas que são objeto de evacuações para o exterior que se mostrarem ainda necessárias. Deverá ser inteligente, com conexão virtual (5G / 6G), em ligação a instituições parceiras no exterior, servindo de referência à rede dos hospitais no país com a utilização dos sistemas de telemedicina/ tele-saúde e e-learning.

O Hospital Nacional, exige ser servido por um sistema de emergência médica e resgate/socorro S.E.M.R, com toda a sua importância para um pequeno país insular como Cabo Verde, para aumentar a capacidade resolutiva dos problemas urgentes, precisando de cuidados em instituição em outro nível ou baseada em outra ilha e, ao mesmo tempo contribuir para a Segurança Sanitária.

Os atuais HR devem ser objeto de um upgrade, uma retificação aprofundada da missão e conteúdos funcionais e englobados uma Rede Hospitalar que incluirá os atuais HC, após sofrerem, também uma revisão para a plena assunção por estes hospitais da Praia e do Mindelo da missão de prestação de cuidados secundários, que lhes permitirão responder, com mais propriedade, à demanda dos habitantes das cidades onde estão localizados, visando um melhor resultado em termos de eficácia e eficiência das prestações e uma efetiva cobertura universal de cuidados hospitalares secundários a todo o território.

Os CS resultaram de um processo de descentralização, ainda incompleto em alguns aspectos. Existe uma insuficiente qualificação dos recursos humanos colocados nas DS em matérias essenciais como da organização e administração de saúde pública ou de organização e prestação de cuidados de saúde familiar e comunitário, o que requer o aperfeiçoamento da capacidade de intervenção dos CS, sobretudo pela colocação de equipas multiprofissionais motivadas e mais bem remuneradas, para a melhoria da qualidade da atenção primária prestada, também fora dos muros dos CS e pelo alargamento do pacote de cuidados primários aos fatores de riscos e determinantes das doenças não transmissíveis, crónicas e degenerativas.

Em matéria de financiamento de saúde, não obstante os avanços conseguidos, identifica-se em Cabo Verde alguns problemas e desafios, os quais pedem uma intervenção reparadora:

- O primeiro desafio de Cabo Verde é o de reduzir ao mínimo o pagamento direto, a favor do aumento da cobertura dos sistemas de proteção social, extensível a todas as faixas e grupos populacionais.
- O segundo desafio é introduzir maior solidariedade no acesso e financiamento da saúde, com o alargamento e a integração da cobertura da saúde, como uma das principais dimensões da lei de bases da proteção social.
- O terceiro desafio é melhorar a cobertura e a eficiência dos serviços de saúde (evacuações e medicamentos).
- O quarto desafio é aumentar o investimento em saúde, sobretudo no que tange as despesas de capital. A saúde, tendencialmente, tem apresentado um fraco investimento nas despesas de capital. Os bens de capital são uma componente essencial da procura por parte dos prestadores de cuidados de saúde e desempenham um papel crucial na prestação de serviços e bens de saúde, a fim de manter ou aumentar a sua produção.

A luta pela implantação e funcionamento do sistema de saúde em Cabo Verde, nesses primeiros 50 anos de país independente, foi claramente ganha, não obstante as condições deficitárias de partida e as lacunas ainda existentes. O esforço e a dedicação foram grandes, pese embora muitas dificuldades, umas que se mantêm, outras novas, que desafiam os próximos tempos e que influenciam a qualidade da prestação dos serviços.

Todavia, ousamos distinguir três grandes períodos na luta pela saúde dos cabo-verdianos, que apontamos:

1. Os primeiros 15 anos de país independente, de 1975 a 1990, foi o período de construção do sistema, dedicado a lançar as suas bases e a responder às grandes necessidades da população, apostando na saúde pública com a implantação dos CPS, numa abordagem preventiva e promocional, particularmente dirigida à saúde materna e infantil, nos vários recantos do país, por equipas móveis para fazer chegar os cuidados de saúde ao maior número de pessoas, facilitando o acesso e alargando cobertura. A gratuidade dos cuidados foi uma peça fundamental da política de saúde nessa fase.
2. O segundo período, de 1991-2015 foi o da consolidação do sistema de saúde, com um esforço de reorganização do sistema e de extensão de serviços às várias ilhas, de aumentar, diversificar e reforçar as estruturas, os recursos humanos, os financeiros e fortalecer os resultados e indicadores, que contribuíram para que o país respondesse a desafios internacionais como a sua classificação a país de desenvolvimento médio e estar entre aqueles que atingiram os ODM.

3. O terceiro, o atual período a partir de 2016 num horizonte de 2030, deverá ser o da melhoria da qualidade da saúde, qual apelidamos “da encruzilhada”. O desafio maior é o de elevar o patamar de mais qualidade em tudo que são funções, desempenho, atitudes e abrangência do sistema de saúde. A tarefa é exigente para percorrer os vários caminhos que se cruzam, escolher bem a direção a tomar para que a saúde não se perca! Ter as respostas resolutivas dos vários problemas que se apresentam, atuando de forma mais justa, interativa e equilibrada é a receita para dar a robustez necessária aos pilares que sustentam o sistema de saúde.

Referências

1. Amaral I. Cabo Verde: Introdução Geográfica. Em: Albuquerque Luís, Santos M E, editores. História Geral de Cabo Verde, Vol. I. Lisboa/Praia: Instituto de Investigação Científica Tropical/Direção Gral do Património Cultural de Cabo Verde; 1991.p. 1-22.
2. Carreira A. Formação e Extinção de uma Sociedade Escravocrata (1460-1878). 3^a ed. Praia: IPC - Estudos e Ensaios;2000, p.196)
3. Vieira H L. História da Medicina em Cabo Verde. 2^a edição. Praia: Ministério da Saúde de Cabo Verde; 1999.
4. Fortes C M. A Saúde Reprodutiva em Cabo Verde – 35 Anos ao serviço da família cabo-verdiana. Praia: Ministério a Saúde – Centro Nacional do Desenvolvimento Sanitário;2013, p.6.
5. Almeida, JM. Dziezaskí A. R. Um polaco nos destinos de Cabo Verde: subsídios para uma biografia e “ Memória de Bissau e suas dependências”. Praia: Instituto do Arquivo Histórico Nacional; 2015, p.80.
6. Carreira A. Op. Cit. 2000, p.197.
7. Graça C Q. Cabo Verde – Formação e Dinâmicas Sociais. Praia: IIPC; 2007,p.104.
8. Andrade J. (1998). Migrações Cabo-Verdianas. Em Descoberta das Ilhas de Cabo Verde. Praia: AHN, p. 69-105.
9. Meessen B. (2024) When one size does not fit all: aid and health system strengthening for Small Island development, Health Policy, and Planning, 39, 2024, i4-i8 DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czad089> meessenb@who.in

10. Cabo Verde, Ministério da Saúde (1976) Estratégia Nacional de Saúde (ENS, 1976), Praia
11. Delgado A P. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990. Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Edições UniCV; 2009, p.48.
12. Cabo Verde. (1980). Constituição da República promulgada pela Assembleia Nacional Popular (B.O. nº 41 de 133 de outubro de 1980)
13. Delgado AP. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990. Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde .Praia: Edições UniCV;2009; p.142.
14. Delgado A P. Um Olhar sobre a Trajetória dos Cuidados Primários de Saúde em Cabo Verde, de Alma-Ata, 1978, a Astana, 2018. Em De Alma-Ata a Astana: a Trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP. 1ª edição. Brasília: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; 2022; p.61
15. Fortes C M . A Saúde Reprodutiva em Cabo Verde – 35 Anos ao serviço da família cabo-verdiana. Praia: edição do Ministério a Saúde – Centro Nacional do Desenvolvimento Sanitário; 2013, p 6.
16. Fortes, CM. Op. Cit. p.63.
17. Delgado, AP. Op. Cit. 2009.p. 169. .
18. Delgado, AP. O Papel do Município nas respostas descentralizadas de Saúde em Cabo Verde. Em Municipalização. Anais do IHMT/ Nova Lisboa. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical,2022, p.67.
19. Delgado, AP.. Op. Cit. 2009, p. 146-147.
20. Delgado AP. Idem, Ibidem, p. 68.
21. Valdez T AD S. Regionalização e integração sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde (Tese de doutoramento). 2007.p 78
22. Delgado, A P. Op. Cit, 2022, p. 69.
23. Fortes, C M. Op. Cit. 2013, p. 20
24. Goncalves L., Santos Z., Amado, M, Alves, D, Simoes R., Delgado, A.P. & Craveiro I. Urban planning and health inequities: Looking in a small-scale in a city of Cabo Verde. PLoS One,9 10(11), e0142955, 2015, p 19-20.
25. Barros F P.C. de, & Lapão L. V. A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 15, 2016. 89-100. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.1>

26. Union, A. Universal health coverage in Africa—From concept to action. World Health Organization Report, 2014.1-7.
27. World Health Organization. WHO. Global recommendations for the retention of health workers. 2006.
28. Delgado A. P. Educação Médica em Cabo Verde no contexto de país pequeno e insular: O desafio da sua implantação [Tese de Doutoramento]. IHMT/Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa; 2017
29. World Health Organization. Op. Cit. 2006.
30. Matthews Z, Channon, Van Lerberghe W. there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005–2050. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2006.
31. Delgado AP. Op. Cit. 2019. P. 173-174.
32. Sena-Martins A . História da Enfermagem em Cabo Verde. v.7. Praia: Ed. Uni-CV. Coleção sociedade. 2015, p.36.
33. BALDACCHINO, Godfrey. Labour Markets in Small Developing States. Island Studies Journal, v. 3, n. 2, p. 275-277, 2008.
34. Buchan J. et al. Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island case-studies. 2011.
35. Gomes I. A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde, 1975/2000 Praia: IBNL, 2006.
36. Benrós R. (2018). O financiamento do sector da saúde em Cabo Verde [dissertação de mestrado] ISEG/ Univ. Lisboa.
37. Jiménez, J. P. Estratégia de financiamento do setor saúde cabo-verdiano. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas Contra Exclusão Social e a Pobreza. 2013. p. 54.
38. Pissarra, I. . Avaliação da Prática de Automedicação por Profissionais de Saúde (Tese de Doutoramento). OMS, 2011
39. OMS. WHO/HRB/98.2/: A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal/ INP Genebra, 1998.

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

www.conass.org.br/biblioteca





A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: AVANÇOS E DESAFIOS

*LA TRAJECTOIRE DE LA SANTE EN GUINEE-BISSAU AU COURS DES 50
DERNIERES ANNEES: AVANCEES ET DEFIS*

*THE TRAJECTORY OF HEALTH IN GUINEA-BISSAU OVER THE LAST 50
YEARS: ADVANCES AND CHALLENGES*

Plácido Cardoso¹

Gizelo Mendonça²

Paulo Ferrinho³

1. Ministério da Saúde Pública (MINSAP) | Célula de apoio à gestão de fundos COVID19, Guiné-Bissau, plamoncar@gmail.com

2. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), giarmen6@gmail.com

3. Global Health and Tropical Medicine, Associate Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health, LA-REAL, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, pferrinho@ihmt.unl.pt

Resumo

Descreve-se a evolução do setor da saúde na República da Guiné-Bissau (RGB) desde os tempos coloniais, visitando a luta armada e percorrendo o período pós-independência. Esse período foi analisado em três fases: da independência até 1980; de 1980 até à guerra civil de 1998; de 1998 até ao presente. Identifica-se um investimento precoce, com o apoio da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, em um Projeto de Reforço de Gestão Sanitária para os técnicos de saúde a todos os níveis da pirâmide sanitária. Esse projeto lançou a bases de uma cultura de planejamento refletida no desenvolvimento de sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e a Planos de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS), apoiados por um gabinete autônomo a funcionar ainda hoje no seio do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), a Célula de Gestão do PNDS. Ao longo desta narrativa, aprofundamos cinco temas em cinco caixas de texto: evolução da força de trabalho do setor; evolução do sistema nacional de investigação em saúde; evolução do sistema de formação de quadros em saúde; pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde; evolução da rede de infraestruturas do MINSAP. O desenvolvimento do setor da saúde está intimamente ligado à diversidade cultural da RGB, à evolução político-militar do país, à democratização militarizada, ainda em curso, ao seu crescimento demográfico, à transição epidemiológica, à transição de uma economia socialista para uma economia de mercado, com persistência da pobreza e crescente dependência das parcerias e apoios internacionais, reduzindo os fluxos de apoios financeiros e contribuindo para manter o financiamento do setor precário e mal gerido, fazendo cair sobre as famílias a maior fatia do financiamento do setor. Em termos legislativos, desde a independência, o setor da saúde carece de uma lei de bases da saúde e de outros instrumentos legais aos quais não tem conseguido dar resposta. Os maiores desafios continuam a ser relacionados com: i) governança dos recursos humanos, ii) aspectos legais e legislativos, iii) financiamento do setor, iv) ausência de um mecanismo de coordenação das ajudas externas, v) incapacidade de execução dos PNDS e os PNDRHS; todos maioritariamente justificados pela instabilidade política que se vive no país há quase três décadas.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Saúde, recursos humanos, infraestruturas, equipamentos, acordo de cooperação, política nacional de saúde, Guiné-Bissau, planificação estratégica.

Résumé

L'évolution du secteur de la santé en République de Guinée-Bissau (RGB) depuis l'époque coloniale est décrite, en passant par la lutte armée et en couvrant la période postindépendance. Cette période a été analysée en trois phases : de l'indépendance aux années 1980 ; de 1980 jusqu'à la guerre civile de 1998 ; de 1998 à nos jours. Un investissement précoce est identifié, avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale, dans un projet de renforcement de la gestion de la santé destiné aux techniciens de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce projet a posé les bases d'une culture de planification qui s'est traduite par l'élaboration successive de Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) et de Plans de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), appuyés par un bureau autonome encore en activité aujourd'hui au sein du Ministère de la Santé Publique (MINSAP), la Cellule de Gestion du PNDS. Tout au long de ce récit, nous abordons cinq thèmes dans cinq encadrés : l'évolution de la main-d'œuvre du secteur ; évolution du système national de recherche en santé; évolution du système de formation du personnel de santé ; pyramide sanitaire du Système National de Santé ; évolution du réseau d'infrastructures du MINSAP. Le développement du secteur de la santé est étroitement lié à la diversité culturelle de la RGB, à l'évolution politico-militaire du pays, à la démocratisation militarisée, toujours en cours, à sa croissance démographique, à la transition épidémiologique, au passage d'une économie socialiste à une économie de marché, avec une pauvreté persistante et une dépendance croissante aux partenariats et aux soutiens internationaux, réduisant les flux de soutien financier et contribuant au maintien d'un financement précaire et mal géré du secteur, faisant que la plus grande part du financement du secteur revient aux familles. Sur le plan législatif, depuis l'indépendance, le secteur de la santé manque d'une loi fondamentale sur la santé et d'autres instruments juridiques auxquels il n'est pas en mesure de répondre. Les plus grands défis continuent d'être liés à : i) la gouvernance des ressources humaines, ii) les aspects juridiques et législatifs, iii) le financement du secteur, iv) l'absence de mécanisme de coordination de l'aide extérieure, v) l'incapacité à exécuter le PNDS et le PNDRHS ; le tout justifié en grande partie par l'instabilité politique qui règne dans le pays depuis près de trois décennies.

Mots-clés: Système National de Santé, ressources humaines, infrastructures, équipements, accord de coopération, politique nationale de santé, Guinée-Bissau, planification stratégique.

Summary

This article describes the evolution of the health sector in the Republic of Guinea-Bissau (RGB) since colonial times, including the armed struggle and the post-independence period. This period was analyzed in three phases: from independence to 1980; from 1980 to the civil war of 1998; and from 1998 to the present. Early investment, with the support of the World Health Organization and the World Bank, in a Health Management Strengthening Project for health technicians at all levels of the health pyramid is identified. This project laid the foundations for a planning culture reflected in the development of successive National Health Development Plans (PNDS) and Health Human Resources Development Plans (PNDRHS), supported by an autonomous office that still operates today within the Ministry of Public Health (MINSAP), the PNDS Management Cell. Throughout this narrative, we delve into five themes in five text boxes: evolution of the sector's workforce; evolution of the national health research system; evolution of the health staff training system; health pyramid of the National Health System; evolution of the MINSAP infrastructure network. The development of the health sector is closely linked to the cultural diversity of the RGB, the political and military evolution of the country, the ongoing militarized democratization, its demographic growth, the epidemiological transition, the transition from a socialist economy to a market economy, with persistent poverty and increasing dependence on international partnerships and support, reducing the flow of financial support and contributing to maintaining the financing of the sector precarious and poorly managed, with families being responsible for the largest share of the sector's financing. In legislative terms, since independence, the health sector has lacked a basic health law and other legal instruments to which it has not been able to respond. The biggest challenges continue to be related to: i) governance of human resources, ii) legal and legislative aspects, iii) financing of the sector, iv) the absence of a mechanism for coordinating external aid, v) the inability to implement the PNDS and PNDRHS; all of these are largely justified by the political instability that the country has been experiencing for almost three decades.

Keywords: National Health System, human resources, infrastructure, equipment, cooperation agreement, national health policy, Guinea-Bissau, strategic planning.

O SETOR DA SAÚDE DURANTE O PERÍODO COLONIAL

Após 528 anos da colonização portuguesa, a República da Guiné-Bissau (RGB) conquistou a sua independência aos 24 de setembro de 1973.

Foi herdado um Sistema Nacional de Saúde direcionado para as necessidades de saúde dos colonos, das forças armadas portuguesas, ao combate a grandes endemias tropicais (paludismo, oncocercose, doença do sono, bilharziose, ancilostomose), lepra, tuberculose, e às doenças com potencial epidêmico (cólera, varíola, sarampo e febre amarela). A presença de grande número de tropas resultou no crescimento descontrolado de doenças venéreas¹.

Na Guiné, existia o Hospital Militar de Bissau (Hospital 3 de Agosto após a independência e antes da sua destruição na guerra civil de 1998) que substituía as enfermarias de setor e Hospitais de Evacuação existentes em outros territórios coloniais. Este contava com 320 camas, tinha capacidade de hospital central e era a unidade sanitária para onde convergiam todos os feridos, oriundos diretamente do mato ou vindos dos Postos de Socorros das Unidades militares².

Regra geral, os nativos, que padeciam dos mesmos males, da fome generalizada e de deficiências de micronutrientes diversos, dependiam de cuidados prestados por padres das missões e dos hospícios, bem como dos tratamentos feitos por curandeiros locais¹.

A partir de 1946, começaram a funcionar alguns postos de saúde, e foi inaugurado o Hospital de Bissau, conhecido hoje por Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM)¹.

Os serviços oficiais de saúde, em 1954, contavam com apenas 18 médicos, 2 farmacêuticos, 4 enfermeiras e 36 enfermeiros, 62 auxiliares de enfermagem, 1 parteira e 37 parteiras auxiliares. O hospital de Bissau, em sua maioria utilizado pelos colonos europeus, empregava 7 desses médicos, todas as enfermeiras e 16 das parteiras auxiliares: para o resto da população, na sua maioria rural, estavam disponíveis, na melhor das hipóteses, 11 médicos, em que 3 destes estavam normalmente a gozar férias em Portugal. Dessa forma, o resultado prático da administração portuguesa, no que diz respeito a serviços de saúde, era a provisão de 1 médico para 100 mil africanos, enquanto a provisão de enfermeiras e parteiras era pouco melhor. A maioria das 300 camas de hospital existentes na colônia concentravam-se em Bissau, e fora da capital, havia apenas um hospital².

Somente após a Segunda Guerra Mundial é que começaram a surgir ações e campanhas de investimento nos territórios africanos que visavam ao efetivo melhoramento da vida dos indígenas. Esse esforço foi galvanizado pelo início das lutas de libertação nacional nas colônias portuguesas em geral, depois do massacre de Pidjiguiti em 1959

na Guiné e, posteriormente, por meio do “Programa Para uma Guiné Melhor”, implementando um acelerado investimento em diversos setores, como educação e saúde, entre outros, durante a governação do general António de Spínola (entre 1968 e 1973) como parte da sua campanha de granjear a confiança dos guineenses².

Em 1961, foi iniciada, em parceria com a fundação Calouste Gulbenkian, uma ação dos serviços de saúde contra a tuberculose².

Em 1963, foram distribuídos gratuitamente, de forma massiva, comprimidos para o combate ao paludismo. Encontrava-se em curso uma “Missão permanente de Estudo e Combate da Doença do Sono e outras Endemias” do Instituto de Medicina Tropical com um impacto significativo no combate à lepra. Existiam então:

1 Hospital Geral (320 camas), 2 Hospitais Rurais (223 camas), 25 centros médicos (218 camas), e 3 Maternidades (78 camas). Serviços externos eram oferecidos nos 3 hospitais, em 6 centros de saúde, 10 unidades de saúde, 51 postos médicos e 4 postos de primeiros socorros [...] 24 centros de maternidade que realizam serviços de bem-estar infantil e 1 centro de saúde infantil².

A estas, adicionavam-se unidades dentárias, uma clínica de psiquiatria e dois laboratórios. Os serviços eram prestados por 34 médicos (1 por 15.400 habitantes), 1 dentista, 6 farmacêuticos, 11 assistentes de farmacêutica, 35 enfermeiras qualificadas, 1 enfermeira obstetra qualificada, 95 auxiliares de enfermagem, 41 auxiliares de obstetra, 1 enfermeira pediátrica, 3 técnicos de laboratório, 3 técnicos de Raio-X².

O SETOR DA SAÚDE NAS ZONAS LIBERTADAS DURANTE A LUTA ARMADA

No princípio da luta armada, o enfoque das intervenções sanitárias era a prestação de primeiros socorros “aos combatentes feridos nas frentes da guerra, por socorristas formados em tempo útil entre os jovens integrados nos ‘Bigrupos’ da guerrilha e capazes de assumir, com responsabilidade, essas funções”³.

Com a conquista de zonas libertadas e o apoio de cirurgiões militares cubanos, surgiram, sucessivamente, os Postos de Saúde e os Hospitais de Campanha – estes com cirurgiões em permanência –, instituições avançadas na prestação dos primeiros cuidados de saúde, incluindo intervenções cirúrgicas, garantidos tanto para os guerrilheiros quanto para todos aqueles que deles precisassem, entre eles, os alunos e os professores das escolas e a população geral. Tais estruturas eram apoiadas na retaguarda – com o auxílio de profissionais de saúde de países da Europa do Leste, Holanda, Portugal e Suécia – por dois hospitais, um em Kundara e outro em Boké, perto da fronteira com a República da Guiné e um Centro de Assistência médica aos feridos e outros doentes, em Ziguinchor no Senegal. As evacuações dos hospitais de campanha para

essas estruturas de retaguarda eram feitas em condições particularmente precárias, em macas rudimentares levadas ao ombro. A logística de apoio era coordenada a partir de Conakry, de um “Depósito” de medicamentos, equipamentos e outros artigos essenciais para o funcionamento dos postos de saúde e dos hospitais das diferentes categorias, doados por governos dos países socialistas ou enviados por organizações e grupos de simpatizantes nos países ocidentais, “designadamente Bélgica, Estados Unidos da América, França, Holanda, Inglaterra e Suécia, entre outros”^{3,4}.

Além da prestação de cuidados de saúde, o Hospital de Boké foi um importante centro de formação de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, assim como de estágios pontuais de socorristas formados nos Hospitais de Campanha, nas zonas libertadas. Esses recursos foram importantes para o relançamento do Sistema Nacional de Saúde após a independência.

O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE APÓS A INDEPENDÊNCIA

Com a Declaração Unilateral da Independência da Guiné-Bissau em 1973, entrou em vigor uma primeira Constituição, ainda no quadro da luta de libertação. Consagravam-se o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde e a organização do poder político monopartidário, de inspiração marxista. Depois do reconhecimento, por Portugal, da independência da Guiné-Bissau em 1974 (então com uma população de cerca de 624 mil habitantes) e de Cabo Verde se ter tornado independente em 1975, novas Constituições foram aprovadas em 1980 para os dois países, em que o Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC) continuava a governar em sistemas de partido único, mantendo o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde.

Com a independência, o governo do Presidente Luís Cabral almejava organizar um sistema de saúde com amplitude universal, nacional, gratuito embora fortemente dependente da ajuda internacional externa, com mais de 85% de financiamento do setor. Após o reconhecimento da independência, em 1975, por Portugal, a Guiné-Bissau procurou apoios em Portugal para o envio de profissionais de saúde para a Guiné-Bissau, mas a iniciativa resultou na vinda de somente dez médicos e um farmacêutica por um breve período (Caixa 1). Assim, para suprir a escassez dos técnicos e serviços especializados em face da demanda de melhores cuidados médicos, o governo assinou, em 1978, um acordo de cooperação no domínio da saúde com o governo português que visava assegurar o tratamento de nacionais guineenses em Portugal, o qual vigora ainda hoje⁵⁻⁷.

Caixa 1. Evolução da força de trabalho dos Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau

Após o reconhecimento da independência, por Portugal, em 1975, a Guiné-Bissau contava apenas com 2 médicos, 31 enfermeiros, 332 auxiliares de enfermagem, 6 parteiras e 16 técnicos.

No início de 1996, foi organizado, pelo Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o primeiro encontro Nacional sobre Recursos Humanos, com a colaboração dos Ministérios da Função Pública e das Finanças. Esse encontro tinha por objetivo identificar os principais problemas relativos aos Recursos Humanos da Saúde (RHS) e obter dados para um plano de curto prazo, para iniciar o processo necessário à resolução deles. A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornaram possível a apresentação dos dados que foram utilizados para planejar a força de trabalho em saúde da Guiné-Bissau. Salienta-se que esses e outros esforços para estabelecer um sistema de informação sobre RHS, inclusive um Observatório de RHS, foram destruídos pela guerra civil de 1998 e por crises políticas posteriores.

Na perspectiva de fazer cumprir os objetivos traçados neste seminário, a Direção de Recursos Humanos realizou, em junho de 1998, com o apoio técnico e financeiro da OMS, um seminário nacional sobre RHS para refle-

xão, discussão e definição de estratégias da utilização e gestão dos efetivos e análise do cumprimento de algumas emanações, questões vertidas no PNDRHS de 1997 (o primeiro de três, sendo os mais recentes referentes a 2006-2015 e 2023-2032), mas que não se conseguiram implementar.

Em 1996, durante a preparação do primeiro PNDRHS, havendo pouco mais de 1 milhão habitantes (1,1), foram contabilizados 165 médicos, 177 enfermeiros de nível médio, 46 parteiras de nível médio, 37 técnicos de laboratório de nível médio, 510 enfermeiros auxiliares, 32 parteiras auxiliares e 76 técnicos auxiliares de saúde. Observava-se uma distribuição desigual, com grande concentração nas infraestruturas de nível nacional e na capital e áreas circundantes.

Em 2003, aquando da elaboração do segundo PNDRHS, foram contabilizados, para uma população de 1,3 milhão de habitantes: 91 médicos (17 deles especialistas), 12 farmacêuticos, 19 enfermeiros licenciados, 26 técnicos de saúde com licenciatura, 2 parteiras licenciadas; 286 enfermeiros de nível médio, 84 parteiras de nível médio e 111 técnicos de saúde de nível médio; o pessoal de nível auxiliar incluía 522 enfermeiros, 18 parteiras e 120 técnicos de saúde; não havia informação sobre o número de efetivos de socorristas, agentes de saúde de base e matronas, con-

siderados pessoal de nível básico. Persiste a distribuição desigual, com grande concentração nas infraestruturas de nível nacional e grande concentração de recursos na capital e áreas circundantes. O PNDRHS II preconiza a extinção da categoria de auxiliares e a reconversão dos existentes em profissionais de nível médio.

A PNS de 2017 recomenda que a “formação de enfermeiros deve transitar progressivamente para o nível superior, mantendo-se por agora um ênfase do nível médio, respeitando a capacidade do Estado comportar o acréscimo em massa salarial que esta transição implica, enfatizando assim cursos de promoção de nível médio para superior, mas também a especialização de enfermeiras no país”.

A situação em 2022 é bem diferente, e o país, agora com 2,1 milhões de habitantes, conta com: 333 médicos (53 especialistas), 334 enfermeiros licenciados, 2 farmacêuticos, 4 dentistas e 38 técnicos de saúde; ao nível médio, foram contabilizados 822 enfermeiros, 161 parteiras e 250 técnicos de saúde de outras categorias.

A falta de detalhe sobre como se faz a contabilização do pessoal (categoria excluídas, inclusão ou não de pessoal em funções de gestão, pessoal estrangeiro) pode explicar alguns dos números aparentemente discrepantes ao longo dos anos.

A evolução dos rácios de profissionais por 10 mil habitantes tem-se mostrado favorá-

veis para todos os grupos profissionais excepto para os médicos e técnicos de radiologia. Observa-se, no entanto, que só uma minoria de médicos são especialistas, a difícil retenção de pessoal, a diminuição do pessoal ao nível primário e o aumento ao nível secundário e terciário. Perante a escassez de RHS, é paradoxal que comece a fazer sentir o espectro do desemprego, particularmente entre médicos e enfermeiros. A situação está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional. Tudo junto resulta em uma grande desmotivação da força de trabalho, em uma baixa produtividade, em conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. A questão da fuga de quadros para o estrangeiro foi documentada no passado, mas não temos dados recentes. A prática de múltiplos empregos e a vontade de fazer formação universitária também interferem com os horários de trabalho. Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados. Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial com base nas receitas próprias, sem a devida avaliação de desempenho.

Ao longo dos anos, foram emergindo vários sindicatos e duas Ordens Profissionais – a dos médicos, que acolhe também farmacêuticos e

dentistas, e a dos enfermeiros, que acolhe somente enfermeiros licenciados – com limitada capacidade de regulação. A PNS de 2017 preconiza um maior apoio reconhecimento das Ordens

Profissionais existentes, encorajando esforços conjuntos de regulação das profissões da saúde. Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa⁸⁻¹².

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa⁸⁻¹².

Em 1976, tiveram início ações de “apoio técnico” da OMS, do Banco Mundial, do UNICEF e da Cooperação Holandesa. O primeiro grande projeto em saúde e desenvolvimento comunitário foi implementado nas regiões de Cacheu e Tombali a partir de 1976. Financiado pela Cooperação Holandesa e com o apoio da OMS, a “Reforma da Intenção Primária” lançava o desafio de trazer a saúde às comunidades, envolvendo profissionais de saúde, concretamente enfermeiros que tinham participado na guerra da independência, e cidadãos, capacitando as comunidades para intervirem na sua própria saúde¹⁶.

Ainda em 1976, o MINSAP elaborou um Plano Nacional de Saúde com enfoque na disponibilidade e acessibilidade de medicamentos de qualidade. Em 1978, a política farmacêutica foi orientada para o Programa dos Medicamentos Essenciais, financiado pelo UNICEF, Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional e OMS, com a nacionalização da importação de medicamentos confiada à empresa estatal FARMEDI.

Em 1978, foi criado o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), com o propósito de servir de estrutura de referência e de apoio aos demais laboratórios do setor, e foi estabelecido o Projeto de Saúde do Bandim (PSB), estruturas que constituem o núcleo ao redor do qual se desenvolveu o sistema nacional de investigação em saúde do país (Caixa 2).

Caixa 2. Evolução do sistema nacional de investigação em saúde

Uma das áreas do setor da saúde que tem merecido pouca atenção do governo é a pesquisa em geral e em saúde em particular.

Em 16 de Janeiro de 1976, a Guiné-Bissau assinou com Portugal um Acordo de Cooperação Científica e Técnica, com vista ao desenvolvi-

mento científico, tecnológico, econômico, cultural e social.

Em 1978, foi criado o LNSP, com o propósito de servir de estrutura de referência e de apoio aos demais laboratórios do setor, e foi estabelecido o PSB, estruturas que constituem o núcleo em redor do qual se desenvolveu o sistema nacional de investigação em saúde do país. O PSB foi criado e sobreviveu com caráter de Organização Não Governamental (ONG) dinamarquesa. O enfoque principal do trabalho do PSB são a saúde e a vigilância demográfica, o qual continua ativo até a presente data com vasto número de publicações científicas com alguns resultados que contribuíram para a elaboração e a implementação de políticas e diretrizes em relação à vacinação. Além disso, tem contribuído não só para a melhoria da cobertura vacinal em relação a vários抗ígenos como também para a redução da mortalidade infantil na Guiné-Bissau, tendo sido verificada significante redução da taxa de mortalidade infantil de 236/1000 a 77/1000 de 1979 a 2013 segundo os dados do PSB nas suas áreas de estudo.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa da Guiné-Bissau, criado em 1984 com o objetivo de promover e coordenar as atividades de investigação científica no domínio das ciências sociais e naturais, foi considerado, durante algumas décadas, o principal elo entre a investigação e o desenvolvimento, baseado na capacitação científica e tecnológica do país.

Foi escolhido, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/Futuros Africanos, para fazer parte da rede de 132 Centros de Excelência selecionados ao nível da África Subsaariana. Embora na periferia do setor da saúde, teve um papel importante, que se foi degradando, com a falta de apoios ao longo dos anos.

O Centro de Medicina Tropical, criado em 1989, foi um projeto apoiado pelo governo português por meio do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, mas que ficou destruído com o conflito político-militar de 1998, sem nunca ter nenhum impacto significativo no panorama científico da Guiné-Bissau.

Um marco importante na saúde pública guineense foi a criação, em 2010, do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), cuja missão é de contribuir para a melhoria de vida da população por meio da geração, absorção e difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, prestação e defesa de serviços de qualidade. O LNSP, o PSB e o CMT foram integrados como departamentos dos INASA. A elaboração da agenda de investigação da Guiné-Bissau, em 2013, especificou as prioridades de investigação em saúde baseadas nos principais problemas de saúde do país, como identificados em sucessivos PNDS. Nos últimos anos, o seu enfoque tem sido a preparação e a resposta às emergências em saúde, repousando sobre as estruturas e funções do Centro Operacional de Emergências

em Saúde (COES), uma estrutura operacional do MINSAP criada em 2015, altura que o país tomava disposição de preparação e resposta à eventual epidemia de Ébola que assolava os países vizinhos entre 2014 e 2015. O INASA foi designado, desde 2017, como ponto focal nacional do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Foi também em 2017 que a nova PNS deu orientações claras para o reforço do Sistema Nacional de Investigação em Saúde, coordenado pelo INASA. Nos últimos 10 anos, o quadro epidemiológico registou e notificou algumas zoonoses, nomeadamente surtos de zika e chikungunya, além disso, os estudos entomológicos têm identificado a presença de mosquito *Aedes aegypti* em várias localidades do país. As Doenças Tropicais Negligenciadas, a Uma Só Saúde (recentemente associada à formação de epidemiologistas de campo), e as

doenças não transmissíveis constituem outras preocupações dos governos e do INASA.

Na CPLP, estruturou-se, em 2009, um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) em que a cooperação internacional na investigação em saúde e os Institutos Nacionais de Saúde Pública têm um papel fulcral. O INASA tornou-se uma das histórias de sucesso da expansão da Rede de Institutos Nacionais de Saúde de Língua Portuguesa (RINSP) e beneficiou dos seus apoios e da sua integração na International Association of Public Health Institutes (IANPHI).

Por milhão de habitantes, a Guiné-Bissau tem uma produção científica referenciada na Web of Science superior à de Angola e Moçambique. No entanto, os resultados das pesquisas feitas no país nem sempre são apreciados e apropriados pelas frágeis estruturas governativas do setor.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{14,17-22}.

O Projeto de Saúde de Base apresentado em 1978, elaborado com base nas orientações da Declaração de Alma-Ata, destacou a necessidade de um plano nacional, da regionalização da gestão dos serviços de saúde, de uma distribuição mais equilibrada dos RHS e a criação de uma rede de serviços primários em zonas rurais e urbanas, princípios que ainda hoje norteiam o desenvolvimento do setor. Esteve na gênese da PNS e da pirâmide sanitária do sistema de saúde²³. Outros autores concluem que esse “projeto para construção de uma nova estrutura social que garantisse a melhoria de qualidade de vida digna para a nação”²⁴ e a descentralização da saúde para propiciar a saúde comunitária e promover melhorias das estruturas nessa área não foram bem-sucedidos²⁵. A avaliação desses projetos-piloto contribuiu para o posterior desenho de uma estratégia nacional de saúde, cuja definição demorou devido às mudanças políticas resultantes do golpe de estado de 1980²⁶.

Outro importante eixo da cooperação internacional foi com Cuba, com raízes na luta de libertação, e que persiste até hoje, não só para a formação de quadros (Caixa 3), mas também para o aprovisionamento das unidades sanitárias com médicos, enfermeiros e outros pessoal técnico.

Caixa 3. Evolução do sistema de formação de quadros da saúde

Até 1974, concretamente depois de 1950 e durante o período colonial, nas instalações do HNSM, então chamado Hospital Civil de Bissau, eram formados enfermeiros auxiliares. Os alunos mais bem classificados eram enviados a Angola, concretamente a Luanda, para frequentarem o então curso geral de enfermagem. Já referimos também a formação de socorristas durante a luta de libertação nacional.

Em 1974, foi estabelecida a Escola Técnica de Quadros da Saúde (ETQS) Dr. Fernando Cabral, oficializada em 1992. Em 1974, os ex-socorristas que haviam combatido na guerra da independência iniciaram formação em um polo da ETQS em Nhala e seguiam depois para Bolama, onde funcionava um outro polo, sendo-lhes ministrado o curso de enfermagem para ex-socorristas. Em Bissau, funcionava a sede da ETQS e eram ministrados os cursos de enfermagem geral (nível médio), auxiliar de enfermagem e técnico de laboratório (nível médio). Mais tarde, nos finais dos anos 1980, a referida escola passou a oferecer também o curso de parteira auxiliar, nas instalações de Bissau, e fechou os polos de Nhala e Bolama

por não haver mais a necessidade de formar ex-socorristas em um cenário pós-guerra, uma vez que todos haviam já feito o seu percurso. A ETQS existiu até meados da década de 1990. Em 1997, foi criada a Escola Nacional de Saúde (ENS), com financiamento do Banco Mundial, na intenção de repensar na formação da então extinta ETQS. Desde a sua origem, a ENS forma enfermeiros gerais e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde 2008, tem expandido a sua oferta à formação de parteiras e técnicos de radiologia e de farmácia de nível médio e pretendeu dar início à especialização em obstetrícia para enfermeiros gerais. No entanto, essa intenção foi trocada pela opção, contrária às orientações do PNDS II, de dar início à formação de parteiras, categoria que no PNDRHS estava prevista de ser extinta. Em 2009, lançou o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS); e em 2010, implementou-o nas Ilhas em Bijagós, Bolama; em 2012, na região de Tombali em Catió; e em 2013, na região de Quinará em Empada: cumpridos os objetivos definidos inicialmente, estes polos foram descontinuados. Contando com o apoio

do Banco Mundial, da cooperação chinesa e recorrendo ao pagamento de propinas e taxas de candidatura por parte dos alunos, a ENS conseguiu produzir quadros acima do previsto no PNDRHS II, um reflexo da falta de articulação entre a ENS e a Direção de Serviços de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP, o Ministério da Função Pública e o Ministério da Educação e Ensino Superior (MEES), contribuindo para um excedente da produção de quadros da saúde, os quais ficam no desemprego por falta de capacidade de recrutamento pelo Estado. A ENS anseia evoluir para uma Escola Nacional de Saúde Pública, licenciando e mestrando técnicos de saúde, um desejo que é encorajado informalmente pelo PECS da CPLP.

O ensino universitário aparece na RGB no contexto de liberalização política que teve início com o golpe de estado de 1980 e durante a política de ajustamento estrutural, uma década depois de a RGB ter integrado a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), aquando da sua fundação em 1975. Coincide também com o período de Glasnost e Perestroika (1980-1989) que viu colapsar a União Soviética, e com ela uma diminuição significativa do apoio financeiro e de bolsas de estudos provindas de países da Europa do Leste. Essa situação, pressionada pelo compromisso político com a implementação da Declaração de Alma-Ata de 1978 (parcialmente operacionalizada pela adoção

da Declaração de Bamako pelos ministros da saúde africanos em 1987), criou um ambiente propício ao desenvolvimento do ensino universitário. Este, porém, emerge de forma desregulada, na ausência de um quadro legislativo que enquadrasse esse desenvolvimento. Pelo menos cinco instituições privadas oferecem formação na área da saúde, concretamente a Universidade Lusófona da Guiné (2008), a Universidade Jean Piaget de Bissau (2010) (oferecendo, entre outras, uma licenciatura em medicina), o Instituto Superior Politécnico ‘Bemolo’ (2011), a Escola Bâ Blague (2014) e a Universidade Nova Guiné (2017) (ofertando um terceiro curso de medicina) conjuntamente com pelo menos três instituições públicas, a Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Argüelles García (FM) (pública), em 1986, contando com o apoio da cooperação cubana, a Universidade Amílcar Cabral (1999) e o Liceu Politécnico SOS Herman (2007).

A evolução do ensino médico foi bastante condicionada não só pelo fraco enquadramento universitário, mas também por três outros fatores: a qualidade do ensino pré-universitário; a dinâmica do mercado de trabalho para os médicos e outros licenciados em ciências da saúde; e as dinâmicas de poderes e influências entre os atores nacionais e estrangeiros. A situação sanitária do país, a sua demografia e o número crescente de jovens que terminam o ensino secundário (com fragilidades significativas) sem acesso ao ensino universitário,

por um lado, e a crítica escassez de RHS, por outro, criam o pano de fundo que pressiona ao desenvolvimento e reforço do ensino universitário em geral e de médicos em particular.

O desenvolvimento do ensino médico na RGB contou com a participação de três grupos de atores: nacionais, regionais (CEDEAO) e internacionais (maioritariamente cubanos e portugueses). Entre os nacionais, sabemos que o MINSAP foi importante para o processo por parte da RGB, interagindo com a cooperação cubana com mediação do Ministério das Relações Exteriores. Sendo a tutela da formação universitária detida pelo MEES, e na ausência de uma agência de acreditação, a regulação dos cursos universitários do âmbito da saúde estão integrados nas competências do Gabinete de Ensino Superior do referido Ministério. Ao longo do tempo, a tutela da FM já foi atribuída a cada um desses dois ministérios e aos dois simultaneamente. Apesar de legislada, a tutela do MEES sobre a FM nunca se concretizou, sendo, à data de março de 2021, novamente da responsabilidade do MINSAP, como unidade orgânica do INASA. A PNS de 2017 dá instruções claras no sentido de corrigir essa situação.

É ainda de referir que, relativamente aos RHS que recebem formação base fora do país, sobretudo o curso geral de medicina, a atribuição de bolsa para a deslocação cabe ao MEES. O MINSAP só toma conhecimento desses novos RHS quando eles regressam, já for-

mados e “aptos a integrarem um sistema que não contava com eles”.

A CEDEAO emerge como o ator regional mais visível. No quadro da harmonização do ensino na Região, a FM foi sujeita a auditorias da CEDEAO/CAMES. Tais auditorias consideraram a qualidade do ensino abaixo do desejável, e no roteiro da CEDEAO, está um processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade.

As universidades portuguesas, concretamente, Universidade Católica, Universidade Lusíada, Universidade Lusófona e Instituto Jean Piaget, contribuíram para impulsionar o desenvolvimento de instituições acadêmicas na RGB, sendo que essa última entidade abriu uma segunda faculdade de medicina privada, sobre a qual não conseguimos obter informações. Mais recentemente, soubemos da abertura de uma terceira universidade privada com capitais estrangeiros, informação que não conseguimos confirmar.

De entre os atores internacionais, realça-se ainda a importância dos cooperantes cubanos. A colaboração cubana em saúde na assistência médica existe desde 1976, quando foi assinado, em Havana, o Primeiro Acordo de Colaboração Técnico-Científica entre a RGB e Cuba. Em 1983, começaram as primeiras análises sobre as possibilidades de fundar uma faculdade de medicina na RGB, de comum acordo entre os presidentes dos dois países. Em 1986, a criação da FM, sob a tu-

tela do Ministério da Saúde Pública de Cuba, com o nome “Raúl Díaz-Argüelles García”, foi inaugurada em ato público solene em 12 de novembro de 1986. Ela existe desde então, sempre apoiada pela cooperação cubana (e com outros apoios pontuais, como por parte da OMS, Holanda, PNUD e Fundo Monetário Internacional). Cuba ofereceu os planos de construção, recursos técnicos e consultoria para a adaptação de instalações próximas do HNSM. Desde o início, e apesar das dificuldades, a parte cubana garantiu a base material de estudo, incluindo os materiais didáticos e os reagentes para os laboratórios, e até 1990, foi responsável pelas despesas de transporte aéreo para os professores duas vezes por ano e supervisores do processo de ensino educacional, este último uma vez em cada ano. Nos primeiros quatro anos, a escola manteve um orientador metodológico de ensino, liderando conjuntamente com o representante da RGB. Em 1989, a nomeação do primeiro codecano guineense foi oficializada. Por acordo de ambas as partes, foi decidido que a titulação em medicina seria pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana, Cuba, onde ainda hoje se mantém. Em 24 de julho de 1992, com a presença do Presidente da RGB, teve lugar a primeira cerimônia de graduação de médicos guineenses em território nacional. Encerrada pela guerra civil de 1998, a FM reabriu as portas em 2006 com 97 estudantes. No ano seguinte, ingressaram na FM 32 alunos. Essa

FM teve impacto na procura de especialização em Medicina Geral Integrada por parte dos médicos guineenses; prestação de serviços médicos em tabancas remotas aonde nunca havia chegado um médico antes do início da atividade da FM; forte participação pelos estudantes e profissionais de saúde, bem como pelo MINSAP e MEES, nas jornadas científicas convocadas pela FM. A ideia subjacente ao apoio cubano seria eventualmente promover a autonomia da FM em relação à tutoria cubana, mas, até ao momento, isso não se verificou visto que ainda não foram reunidas condições de governação e liderança para tal.

O aparecimento do ensino universitário na RGB precede a existência de uma política ou de um *corpus legis* orientador e regulador das instituições de ensino universitário. Precede também a Declaração da Cidade do Cabo de 1995 que especifica os atributos do médico ideal para África e das modalidades para a sua formação.

Na sequência desse contexto complexo e, de certa forma, devido aos atores dominantes e relações de poder entre estes, a evolução do ensino médico na RGB resulta de uma convergência de planejamento estratégico deliberado e do reconhecimento de estratégias emergentes.

A estratégia deliberada reflete-se nas parcerias internacionais, particularmente com Cuba, e em uma perspectiva pan-africana de harmonização regional, como é o caso da CE-

DEAO com a sua estratégia de harmonização regional (“Decision A/DEC.4:01/03 Relating to the Adoption of the Convention on Recognition and Equivalence of Degrees, Diplomas, Certificates and Other Qualifications In ECOWAS Member States,” 2003) e do Conseil Africain et Malgache pour l’Enseignement Supérieur (CAMES) desde 2005, da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA) (Decisão Nº. 03/2007/CM/UEMOA) e da União Africana desde 2007. Sublinha-se que essas iniciativas de harmonização do ensino universitário em África têm as suas origens em conferências intergovernamentais consecutivas dos ministros africanos da educação – realizadas em Adis Abeba (1961), Abidjan (1964), Nairobi (1968) e Lagos (1976) – enfocadas no desenvolvimento de um plano regional para o futuro da educação. Essas conferências prepararam a Convenção de Arusha, em dezembro de 1981, primeiro marco legal em nível continental, para reconhecer mutuamente diplomas e qualificações no ensino universitário, promover a cooperação e a formação regional de recursos humanos, me-

lhorrar a colaboração e a partilha de recursos e cooperar para o desenvolvimento do currículo, promovendo a aprendizagem ao longo da vida e a democratização da educação.

O desenvolvimento do ensino médico tem, da parte da RGB, seguido um modelo de estratégia emergente, no contexto de uma estratégia internacional, adotando um processo incremental que esmorece a distinção entre planejamento e implementação.

As limitações associadas à falta de um planejamento estratégico deliberado por parte da RGB são reconhecidas. É preciso fazer mais e diferente. O ensino pré-universitário tem que ser pensado mais estrategicamente; a relação e as competências da Ordem dos Médicos, do gabinete de gestão de RHS do MINSAP e do MEES, em matéria de formação de RHS na RGB, devem ser definidas com mais clareza; deve haver um maior investimento no ensino estatal e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade de uma formação médica sustentável pelo país.

Fontes: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{8-13,21,27-34}.

O GOLPE DE ESTADO DE 1980

O golpe de estado em 1980, denominado Movimento Reajustador, impediu que a Constituição de 1980 entrasse em vigor na Guiné-Bissau. A situação constitucional só veio a ser clarificada com a aprovação da Constituição de 1984, baseada na de 1980, eliminando, no entanto, o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde.

Em 1980, o novo governo implantou uma política de cobrança de valores pelos serviços de saúde disponibilizados: hospitais, especialidades médicas e exames laboratoriais.

Na década de 1980, foi formalizada a pirâmide sanitária da Guiné-Bissau, a qual vigora ainda hoje (Caixa 4).

Caixa 4. A pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau

Em 1986, foi definida a pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, que vigora ainda hoje.

Essa pirâmide sanitária, voltada essencialmente para o setor público da saúde dependente do MINSAP, deve ser compreendida em um quadro setorial amplo com outros subsistemas públicos e com prestadores convencionados, privados (lucrativo e não lucrativo) e tradicional, a importância dos quais é reconhecida na PNS de 2017.

O setor convencionado caracteriza-se pela parceria do MINSAP com instituições confessionais (católicas e evangélicas) e ONG (guineenses e internacionais). Tais convênios/parcerias podem envolver a construção e a manutenção de infraestrutura, na qualificação ou formação de profissionais, ou na oferta de equipamentos, materiais e mesmo de medicamentos. Como exemplos, temos os convênios com o Centro de Referência Nacional de Lepra de Cumura, a Cáritas, a Comunidade de Santo Egídio e a Igreja Evangélica. Em alternativa aos convênios, temos processos de contratualização, como aconteceu em 2009 com o Hospital

de Mansoa a partir de 2009, em que a gestão era feita por uma ONG francesa com a receita gerada pelos serviços realizados.

Fundada em 1982, a Cáritas Guiné-Bissau começou a operar nas dioceses de Bissau e Baía, com intervenções na saúde, e segurança alimentar por meio de 24 centros de reabilitação nutricional, 1 centro de acolhimento para crianças em risco, 1 hospital pediátrico – a única unidade de saúde deste tipo na Guiné-Bissau –, 1 hospital de hanseníase, que é referência nacional para o tratamento da hanseníase, HIV-Aids e tuberculose, o Centro de Saúde Dom Settimio Ferrazzeta – com exames auxiliares de diagnóstico e pesquisas médicas –, 1 projeto de medicina natural, incluindo pesquisa e produção de medicamentos naturais, 1 projeto de maternidade sem risco, que visa melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil e materna, e 1 programa de educação nas escolas.

Outras ONG, no setor não convencionado, do privado não lucrativo, atuam de forma pouco articulada com o MINSAP e implantam seus próprios projetos sem coordenação central,

gerando certa duplicação de prestação de serviços e programas verticais. Acabando o financiamento, as ONG vão embora com o colapso de muito do trabalho desenvolvido. Contudo, a verdade é que, perante a instabilidade governativa, as ONG assumem o papel de prestadores de serviços de saúde, recebendo financiamentos internacionais diretamente, muitas vezes competindo com os serviços públicos em vez de os reforçar.

O setor privado lucrativo desenvolveu-se a partir de 1987, quando o governo liberalizou a economia, incentivando a abertura de farmácias privadas, apoiando-se em um quadro legislativo que só foi formalizado em 1989, mas que permanece incompleto e desatualizado até hoje. O setor privado da medicina surgiu formalmente na década de 1990, na capital do país, contudo, nunca foi expressivo em termos de cobertura populacional e tem sido, na sua grande maioria, praticado em regime de duplo emprego, em acumulação com o setor público. É bastante óbvia uma forte expansão da rede de farmácias privadas, de gabinetes de dentistas e de centros de diagnóstico e terapêutica: situação que infelizmente não é regulada, fiscalizada ou monitorizada, havendo uma grande falta de conhecimentos sobre esses setores.

O setor tradicional é apontado por muitos como a primeira linha de cuidados médicos na Guiné-Bissau.

O setor público inclui: os serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde sob o comando do

MINSAP; o serviço de saúde militar, vinculado ao Ministério da Defesa; e os serviços de saúde prisionais sob a tutela do Ministério da Justiça.

O Sistema Nacional de Saúde está distribuído por 11 regiões sanitárias/regiões de saúde (distritos sanitários), subdivididas em 36 setores e um Setor Autônomo de Bissau (SAB), a capital do país e 114 Áreas de Saúde (AS) (servindo entre 5 mil e 12 mil habitantes). Os serviços são operacionalizados em três níveis: comunitário/primário, secundário/regional e terciário/nacional.

No nível primário, as Unidades de Saúde de Base (USB) preveem “serviços de 1.º contato”, e contam com Agentes de Saúde Comunitários (ASC) e parteiras tradicionais. Há também os Centros de Saúde (CS) generalistas, cuja “área de cobertura é alargada através das equipes móveis da estratégia avançada”. Existem três tipos de CS: a) Centro médico com centro cirúrgico, com cuidados mais complexos, que pode ser urbano ou rural; b) Centro que deve contar com médico, mas nem sempre tem esse profissional disponível; e c) Centro de Saúde administrado por um enfermeiro-chefe gerindo Unidades de Saúde Comunitárias (USC) e Postos de Saúde.

Na pirâmide, ao nível secundário, há também os Centros de Saúde Especialistas (CSE) e os hospitais regionais. Os CSE incluem: Centros de Tratamento Ambulatorial (CTA), e configuraram-se em espaços específicos do Programa

Nacional de Luta contra o SIDA (PNLCS), funcionando em cada uma das regiões sanitárias; Centros de Reabilitação Nutricional (CRN) e Centros Materno-Infantis (CMI), maioritariamente administrados pela Cáritas; o Centro de Saúde Mental (CSM), que foi destruído durante a guerra civil e que, até hoje, ainda não recuperou completamente as suas instalações e capacidade de atendimento no também destruído 3 de Agosto; e o Centro de Reabilitação Motora. Estes dois últimos em Bissau.

No nível secundário, existem ainda hospitais regionais (que têm variado de 4 a 5), porém, tanto as instalações como os equipamentos são precários em alguns deles.

O nível terciário ou nacional é composto pelo HNSM, em Bissau, que atende urgências, consultas e internações nas áreas de cirurgia, ortopedia, oftalmologia, pediatria e obstetrícia, mantendo os serviços de um fisioterapeuta e assistentes sociais.

No Sistema Nacional de Saúde, não há referência e contrarreferência estruturada entre os diferentes níveis de atenção, e o utente acessa diretamente os serviços, tanto pela

emergência quanto pelos ambulatórios.

A PNS de 2017 especifica que é “neste âmbito que o Ministério da Saúde Pública deve, sem expansão da rede sanitária pública, adequá-la ao território, reconhecendo especificidades regionais e o esforço de aproximar os serviços às populações, garantindo um acesso cada vez maior a essa rede sanitária, capacitando as estruturas sanitárias existentes com novas competências e alargando o seu raio de influência geográfica e populacional através da referenciamento e contra referenciamento eficiente, do reforço da Estratégia Avançada, do desenvolvimento de um Sistema Integrado de Emergência Médica, da telemedicina e de parcerias contratualizadas com instituições dos setores militar e social, minimizando dessa forma as evacuações para o estrangeiro. Novas estruturas sanitárias, como para a hemodiálise, devem corresponder a lacunas estratégicas do sistema nacional de saúde que, ao serem desenvolvidas, vão satisfazer necessidades insatisfeitas prementes e diminuir o recurso à evacuação para o estrangeiro”.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{8-14,23,35,36}.

Também houve significativa melhoria a partir, de 1985, do acesso aos Cuidados Primários de Saúde (CPS) com a construção de novos centros de saúde com apoio da União Europeia (UE) e Agência Dinamarquesa de Desenvolvimento Internacional (Danish International Development Agency – DANIDA) (Caixa 5).

Caixa 5. Evolução da rede de infraestruturas sanitárias do MINSAP

A rede de infraestruturas de saúde ao tempo da independência não se encontra reportada de forma credível. O certo é que os dois hospitais coloniais em Bissau foram convertidos em dois hospitais nacionais denominados Hospital 3 de Agosto e HNSM.

Para o Sector Autónomo de Bissau (SAB), que desde 1994 dispõe de uma Direcção de Saúde com a sua Sede “Regional”, o PNDS I previa a extensão da rede dos Centros de Saúde existentes. O HNSM assumiria de maneira eficaz o seu papel de hospital na função de referência secundária relativamente aos cuidados para o SAB, Biombo, Bolama e Bubaque, e terciários para todo o país. Os serviços do Hospital 3 de Agosto (destruído na guerra de 1998) deveriam vir a ser integrados ao HNSM. Um futuro do Hospital de referência para a tuberculose deve ser estudado na perspectiva de uma revisão global do programa de luta contra esta doença.

Em 1996, considerava-se que, nas regiões, a cobertura dos cuidados secundários estava suficientemente garantida com a presença e o bom funcionamento dos Hospitais Regionais de Gabú, de Bafatá, de Cacheu e Tombali, prevendo-se um futuro hospital regional em Mansoa.

Existiam, no entanto, certas zonas onde estavam previstos, na nova carta sanitária, os CS do tipo “A”, com possibilidades de intervenção cirúrgica de urgência, transfusão de sangue,

pequenos aparelhos de Raios-X etc. Exemplos de situações que poderiam justificar um tal CS “A” eram Bubaque, São Domingos, Quebo e Bolama.

Os antigos Hospitais de Sector – 1 em Bafatá, 1 em Bijagós, 1 em Cacheu, 1 em Gabu, 2 em Oio, 3 em Quínara e 2 em Tombali – foram reclassificados, na nova carta sanitária do PNDS I, em CS “tipo”. Desde então que o quadro de pessoal dos CS é diferenciado para situações rurais e urbanas.

Em 1996, existiam também os seguintes CS: 4 no SAB, 12 em Bafatá, 11 em Bijagós, 8 no Biombo, 4 em Bolama, 17 em Cacheu e 17 em Gabu, 15 em Oio, 12 em Quínara e 19 em Tombali; com a seguinte distribuição de habitantes por CS, respectivamente, 33.886, 12.154, 7.694, 1.543, 4.390, 8.700, 8.067, 9.903, 3.173, 3.600, refletindo o déficit no SAB, que se mantém até hoje. A expansão dessa rede de CS foi prevista com apoios financeiros da UE e da DANIDA.

As USB repartiam-se da seguinte maneira: 3 no SAB, 86 em Bafatá, 46 em Bijagós, 3 no Biombo, 4 em Bolama, 85 em Cacheu, 162 em Gabu, 98 em Oio, 57 em Quínara e 118 em Tombali.

Começou então a esboçar-se o quadro de pessoal tipo para cada unidade sanitária tipo, e o Pacote Mínimo de Actividade (PMA) a prestar por essas equipes, com ou sem reforço da “estratégia avançada”.

O PNDS 2018-2022 (PNDS III), propõe que seja equacionada uma abordagem integrada à oferta de serviços hospitalares no SAB e Região Sanitária de Biombo, regiões que concentram, em cerca 2,6% do território, perto de um terço da população da RGB, todos os hospitais e centros de referência nacional, bem como parte considerável dos profissionais de saúde, camas hospitalares e toda a oferta de cuidados diferenciados do país. Essa rede inclui 13 estruturas sanitárias: 3 (23%) pertencem ao setor público (2 ao setor público do MINSAP – HNSM, Hospital Raul Follereau e 1 às Forças Armadas – Hospital Militar Principal “Sino Guineense”), 5 (38%) ao setor privado com fins lucrativos (Clínica Ganafa, Clínica Médica de St. Ambrósio, Clínica Madrugada, Clinica Korle, Clínica Yankuanke) e 5 ao setor convencionado, sendo 3 (23%) geridas por entidades religiosas/confessionais (CMI de Quinhamel, Hospital de Cumura, Hospital Pediátrico de Bôr) e 2 (15%) por ONG (Associação Casa Emanuel e Fundação Renato Grandi). Quanto à tipologia, 7 são hospitais de referência nacional ou estruturas que disponibilizam uma resposta equivalente (54%) – 3 do setor público e 4 do setor convencionado (2 geridas por ONG e 2 por entidades religiosas) – 1 CMI (8%) – e 5 clínicas (38%), a designação genérica dada a estruturas de menor dimensão com internamento, pertencentes ao setor privado lucrativo. Como previsto no PNDS I, existem agora 5 hospitais regionais, nomeadamente em Bafatá,

Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa; perto de alguns dos hospitais regionais, existem casas de mães à espera do parto apoiadas pela Cáritas, Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de CS generalistas (tipos A, B e C), e 4 tipos de centros especializados, mas de primeiro contato [(CTA) do PNLCS, Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, os CRN, os CMI e o CS mental]. Os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2017, existiam 153 CS, dos quais 5 do tipo A, 15 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 133 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do PMA. Os CS são geridos pelas Equipas Técnicas e, até recentemente, pelos Comitês de Gestão da Iniciativa de Bamaco. Desde 2016, existe uma iniciativa do MINSAP, contestada pelas finanças e função pública, de colocar administradores em todos os CS apoiados por ex-atores que ajudariam no controlo das receitas. Em 2022, ao finalizar-se a extensão do PNDS III a 2023-2028, a situação em relação à disponibilidade de CS parecia ter regredido. Eram reportados 128 CS, dos quais 4 do tipo A, 21

do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 103 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros).

O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base nesse critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas). Para colmatar essa deficiência, as equipes técnicas dos CS são apoiadas pela estratégia avançada ou por equipes

móveis: a estratégia avançada envolve saídas de equipes dos CS em percursos predeterminados para prestar um PMA a populações que vivem entre 5 km (1 hora de caminho) e 20 km do CS da respectiva Área Sanitária (AS); as equipes móveis envolvem saídas de esquipes dos CS em percursos predeterminados para prestar um PMA a populações a mais de 20 km do CS da respectiva AS, prevendo-se a necessidade de pernoitar nas comunidades visitadas. Pouca atenção tem sido dada à implementação de equipes móveis.

Fontes: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa^{8-14, 35,36,37}.

Nos anos 1990, O MINSAP chegou a implementar, em colaboração com a OMS e apoio do Banco Mundial, o Projeto de Reforço de Gestão Sanitária (PRGS) para os técnicos de saúde a todos os níveis da pirâmide sanitária. O Projeto contemplava capacitar os gestores do setor com conhecimentos, técnicas e instrumentos de planificação que permitiriam assegurar o processo de planificação desde o nível periférico ao central. Esse projeto lançou as bases que mais tarde levaram ao desenvolvimento de sucessivos PNDS e PNDRHS, apoiados por um gabinete autônomo a funcionar ainda hoje no seio do MINSAP, a Célula de Gestão do PNDS, com o objetivo de apoiar a gestão e a implementação dos fundos mobilizados no mesmo quadro.

Depois de, em 1991, terem sido abolidos os artigos da Constituição de 1984 que davam o PAIGC como “a força política dirigente da sociedade e do Estado” e como “expressão suprema da vontade soberana do povo”, em 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais multipartidárias, presidenciais e legislativas.

No período que antecedeu o PNDS I, é importante realçar o projeto-piloto Cuidados Primários de Saúde/Iniciativa de Bamako, de participação comunitária por meio do Comitê de Gestão e Comissão Regional de Seguimento da Iniciativa de Bamaco, 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 à guerra civil de 1998. Na experiência da Guiné-Bissau, até bem recentemente, foram as Direções Regionais de Saúde que

pilotaram ou serviram de orientadoras de todo o processo de sensibilização, da eleição, da formação e de seguimento e enquadramento dos Comitês de Gestão³⁷.

Em 1993, foi elaborada a PNS, que contemplava o acesso universal aos CPS, a descentralização das tomadas de decisão, a autonomia das estruturas e contratação de profissionais de saúde, a participação da população na gestão, a implementação de política de RHS, o incentivo às parcerias colaborativas entre diversos setores e a valorização da medicina tradicional. Essa PNS vigorou até 2017 e orientou a elaboração dos PNDS I e II e do PNDRHS I. O PNDS III e o PNDRHS II já foram orientados pela PNS de 2017.

Em 1996, foi promulgada uma nova Constituição da RGB que, no seu art. 15, reconhece que a saúde pública deve “promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem; e o Estado tem papel de atuar de forma ativa e eficaz para garantir a realização plena do direito à saúde para todos”³⁸.

A GUERRA CIVIL DE 1998 E ANOS POSTERIORES

A guerra civil de 1998 derrubou o regime implantado com o golpe de estado de 1980 e consolidou um estado crônico de instabilidade político-militar, que persiste até hoje, com sérios impactos na capacidade dos sucessivos governos de conduzirem de forma efetiva e eficiente o setor da saúde, altamente dependente do financiamento internacional e de Organizações da Sociedade Civil (OSC), nacionais e estrangeiras, para operacionalizar as intervenções necessárias.

Por esse motivo a importância fulcral dos PNDS, não só para orientar os dirigentes do Sistema Nacional de Saúde, mas para indicar aos parceiros, as intervenções consideradas prioritários pelo governo.

O PNDS I, na sequência do PRGS, começou a ser elaborado antes da guerra civil para os anos de 1998 a 2002, tendo de ser adaptado e prorrogado até 2007. Preconizava “melhoria do acesso aos serviços de saúde; distribuição equitativa dos cuidados; descentralização do Sistema Nacional de Saúde; desenvolvimento de recursos humanos; melhor colaboração intersectorial”²⁶. Na avaliação desse Plano, entendeu-se que, embora parte das ações tivesse ficado comprometida pela instabilidade política e econômica, houve “ligeira melhora dos indicadores”²⁶. Concomitantemente com o PNDS I, foi elaborado o PNDRHS I já referido na Caixa 1.

Foi durante a vigência do PNDS I, em 2000, que a FARMEDI foi declarada incapaz de responder às exigências do mercado e substituída pela Central de Compras de Medicamentos (CECOME); ainda no mesmo ano, foi iniciado o processo de descentralização com a construção e abertura das CECOME regionais em todas as

regiões sanitárias do país. No entanto, a RGB nunca conseguiu desenvolver uma estratégia farmacêutica, coerente e sustentável.

Surgiu, entretanto, a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza – DENARP (2006), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Ela identificou, assim, a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspectos econômicos, sociais e institucionais como culturais e ambientais. Esta teve uma segunda edição em 2011, bem como, recentemente, continuidade no “Plano Estratégico e Operacional 2015-2025 Terra Ranka”, todos eles orientadores das diferentes edições dos PNDS^{26,39,40}.

Já o PNDS II, que corresponde ao período de 2008-2017, foi considerado um “documento ambicioso e didático, pouco operacional”²⁶. Alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), trazia como novidade o objetivo da obtenção de “Ganhos em Saúde”, visando ao combate à mortalidade materno-infantil e à ampliação da força de trabalho do setor (em particular de enfermeiros e médicos). A avaliação desse PNDS mostrou que, apesar de avanços na promoção da saúde e monitoramento de cuidados essenciais, ele falhou nos aspectos de gestão, mantendo-se fraca a governança, descuidada a manutenção das infraestruturas e errática a provisão de material e equipamentos²⁶. Concomitantemente com o PNDS II, foi elaborado o PNDRHS II já referido na Caixa 1.

O PNDS III, com um horizonte temporal de 2018 a 2020, foi orientado pela PNS adotada em 2017, guiado pelo Plano Estratégico Operacional do Governo Terra Ranka (2015 a 2025), e pautado nas orientações da 1ª Conferência Nacional de Saúde (2014). Esse PNDS estava sintonizado com diretrizes emanadas de instituições e organismos internacionais, gizado pelos ODS, alinhado com as agendas dos principais “parceiros financiadores” e harmonizado com os principais programas nacionais de saúde³⁹. Depois da sua validação técnica em sessão pública, nunca foi formalmente aprovado pelo governo. Manteve-se como documento orientador das relações com os parceiros, mas nunca foi formalmente reconhecido pelos dirigentes do Sistema Nacional de Saúde, que continuaram a orientar-se pelo PNDS II. Em 2020, com a pretensão do governo de então de reconhecer o PNDS III, a UE apoiou a sua atualização e prolongou o seu horizonte temporal: PNDS III 2023-2028. Na sequência dessa aprovação, foi desenvolvido e aprovado o PNDRHS III, já referido na Caixa 1.

Tudo ocorre e tem vindo a desenvolver-se contra um pano de fundo em que: o financiamento do setor tem sido sempre insuficiente; despesas em saúde em relação ao PIB apresentaram uma variação significativa; o orçamento geral do estado para a saúde flutua significativamente de ano para ano e fica muito aquém do compromisso de Abuja; observa-se uma tendência de priorização dos cuidados não primários em detri-

mento dos CPS, com cerca de 54% dos gastos com saúde direcionados ao tratamento e uma percentagem em média de 46% para os cuidados preventivos em todos os anos analisados; os mecanismos de gestão financeira são frágeis; as famílias continuaram a ser a principal fonte de financiamento das despesas de saúde, com uma média de participação percentual de 66%, e há impactos catastróficos em uma população maioritariamente abaixo do limiar da pobreza; os desenvolvimentos no sistema de saúde dependem significativamente de doações dos parceiros internacionais, multilaterais e bilaterais. Essas doações são programáticas e maioritariamente fora do controlo direto do MINSAP. A sua descontinuação resulta no colapso de anos de trabalho por falta de preparação de uma retirada gradual e que estabeleça as bases de sustentabilidade^{44,41}.

REFLEXÕES FINAIS

O desenvolvimento do setor da saúde está intimamente ligado à sua diversidade cultural, à evolução político-militar do país, à democratização militarizada⁴², ainda em curso, ao seu crescimento demográfico, à transição epidemiológica, à transição de uma economia socialista para uma economia de mercado com persistência da pobreza e crescente dependência das parcerias e apoios internacionais.

A estabilidade do país tem sido perturbada desde novembro de 1980, com sucessivas crises político-militares e administrativas, o que tem tido seu reflexo negativo no desempenho do setor da saúde.

Há alguns anos, a esta parte, o setor da saúde não tem fugido à prática de nomeações partidárias e étnicas de pessoal dirigente e operacional com limitada capacidade e experiência de liderança e gestão pública. Essas nomeações no setor da saúde se pecam ainda mais quando são feitas pela hierarquia superior do Ministério para todos os níveis das estruturas e categorias profissionais, sem respeito às normas administrativas. Esse fato tem tido implicação negativa na qualidade da performance na implementação dos programas e prestação dos cuidados, o que justifica, em grande parte, a precariedade na qualidade dos serviços ao longo dos anos e a consequente agudização dos desafios e das dificuldades na sua resolução.

Tudo isso reduz a confiança dos parceiros, diminui os fluxos de apoios financeiros e contribui para manter o financiamento do setor precário e mal gerido, fazendo cair sobre as famílias a maior fatia do financiamento do setor.

Essa precariedade financeira contribui para uma complexa situação dos RHS, sendo paradoxal que, em um país com um dos maiores déficits de RHS no mundo, esteja a crescer o desemprego entre estes profissionais. Mantém-se um clima de conflito laboral, baixa produtividade e de “salve-se quem puder” com muitos profis-

sionais recorrendo ao emprego múltiplo para sobreviver. As Ordens mantêm-se sem mandato legal e sem recursos para regular.

A formação de profissionais e técnicos de saúde tem crescido tanto no setor público como no setor privado, particularmente ao nível universitário. O aparecimento do ensino universitário na RGB precede a existência de uma política ou de um *corpus legis* orientador e regulador das instituições de ensino universitário. Precede também a Declaração da Cidade do Cabo de 1995 que especifica os atributos do médico ideal para África e das modalidades para a sua formação. Para se tornar mais eficiente e melhorar a sua qualidade, é preciso fazer mais e diferente. O ensino pré-universitário tem que ser pensado mais estrategicamente; a relação e as competências da Ordem dos Médicos, do gabinete de gestão de RHS do MIN-SAP e do MEES, em matéria de formação de RHS na RGB, devem ser definidas com mais clareza; deve haver maior investimento no ensino estatal, e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade de uma formação médica sustentável pelo país. O ensino tem que se alinhar com a orientações regionais e continentais.

Os equipamentos do setor estão sobre alçadas diversas no setor público, no setor público e no setor convencionado. No setor público, mantém-se uma pirâmide sanitária que é amplamente aceita. Essa rede tem crescido particularmente ao nível dos CS e no setor lucrativo, embora essa situação não esteja bem documentada. É bom realçar que, mesmo com as doações e apoio dos parceiros com equipamentos, há escassez ao nível nacional de serviços e técnicos competentes em matéria da instalação, manutenção e reparação dos equipamentos. Vários equipamentos foram adquiridos e ficaram por instalar até se estragarem. No entanto, com o decurso dos anos, as principais estruturas de referência nacional tornaram-se obsoletas, tendo em conta o aumento da demanda dos utentes e a necessidade de mais serviços especializados, aliadas à ausência de política de manutenção das infraestruturas e equipamentos⁴³.

Em termos legislativos, desde a independência, o setor da saúde carece de uma lei base da saúde e de outros instrumentos legais aos quais não tem conseguido dar resposta.

O país tem elaboradas três gerações do PNDS e do PNDRHS. Todos conheciam ou estão a ter contato, como os outros documentos estratégicos, das dificuldades na sua efetiva implementação. No entanto, reconhece-se o mérito dessa cultura de planejamento que se pode referenciar ao PRGS na década de 1990.

Com escassos recursos, mas com perseverança, o país conseguiu também estabelecer um sistema nacional de investigação em saúde, com qualidade acima da média dos outros PALOP.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que, não obstante a mobilização de vários apoios técnicos e financeiros de diferentes parceiros, o setor continua com imensas dificuldades em ter um sistema com boa performance e de fazer melhorar os seus indicadores apesar da melhoria de alguns, como da cobertura vacinal e da mortalidade infantil.

Os maiores desafios continuam a ser relacionados com: i) governança dos recursos humanos, ii) aspectos legais e legislativos, iii) financiamento do setor, iv) ausência de um mecanismo de coordenação das ajudas externas, v) incapacidade de execução dos PNDS e dos PNDRHS. Tudo isso maioritariamente justificado pela instabilidade política que se vive no país há quase três décadas.

REFERÊNCIAS

1. Havik P. Boticas e beberagens: a criação dos serviços de saúde e a colonização da Guiné. Africana Studia. 2007;10:235-270. Edição do Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP).
2. Barrocas RA. Contributo para o estudo da organização médica nos territórios de Angola, Guiné e Moçambique (1961-1974) [dissertação] [Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2016 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26268/1/ulfl221663_tm.pdf
3. Boal MR. O Sector da Saúde na Luta de Libertação da Guiné-Bissau. Esquerda [Internet], 2019 out 13 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: <https://www.esquerda.net/dossier/o-sector-da-saude-na-luta-de-libertacao-da-guine-bissau/63608>
4. Silva AS. Os esboços da nação guineense em Madina Boé (1968), de José Massip. Significação. 2018;45(50):102-122. DOI: [10.11606/issn.2316-7114.sig.2018.141857](https://doi.org/10.11606/issn.2316-7114.sig.2018.141857)
5. Salla MR, Sá E, Ferreira PASC, Melo NA. Relação entre saneamento básico e saúde pública em Bissau, Guiné-Bissau. Saude Soc. 2019;28(4):284-296. DOI: [10.1590/S0104-12902019180705](https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180705)
6. Pereira LT, Moita L. Guiné Bissau: 3 anos de Independência. Lisboa: CIDAC-C, Coleção África em Luta; 1976.
7. Amado L. Guiné-Bissau: 30 anos de independência. Africana studia [Internet]. 2005 [citado 2024 ago 7];(8):109-135. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/AfricanaStudia/article/download/7175/6594/23717>

8. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS I – 1998-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998.
9. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS I actualizado – 2003-2007. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2003.
10. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - PNDS II – 2008-2017. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2008.
11. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - 1997-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1997.
12. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos - 2006-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2005.
13. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III) 2018-2022. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2017.
14. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Política Nacional de Saúde. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2017.
15. Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):774-783. DOI: [10.1093/heapol/czt071](https://doi.org/10.1093/heapol/czt071)
16. Sanca QS. Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a Medicina Tradicional na Guiné-Bissau [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
17. Thysen SM, Fernandes M, Benn CS, Aaby P, Fisker AB. Cohort profile: Bandim Health Project's (BHP) rural Health and Demographic Surveillance System (HDSS)-a nationally representative HDSS in Guinea-Bissau. *BMJ Open*. 2019;9(6):e028775. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-028775](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028775)
18. Cardoso P, Silva I. Ciência e a governança em saúde, o caso da Guiné-Bissau. *An Inst Hig Med Trop*. 2023;22:95-101. DOI: [10.25761/anaisihmt.446](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.446)
19. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde pública. Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública- Estatuto. Decreto Boletim Oficial n 34; 2010 ago 26.
20. Ferrinho P, Hartz Z. O PECS: instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP. *An Inst Hig Med Trop*. 2016;15(Supl. 1):S5-S6. DOI: [10.25761/anaisihmt.97](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.97)
21. Rosenberg FJ, Pinheiro GF, Silva APJ, Noronha AB, Ruela HCG, Pereira ID'AF. Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP. *An Inst Hig Med Trop*. 2016;15(Supl. 1):S19-S26. DOI: [10.25761/anaisihmt.101](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.101)

22. Pereira TS, Confraria H. Mapping of Health Sciences Research and Funding Angola, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and Sao Tome and Principe [Internet]. MAPIS – PALOP: General Report. Lisboa: Calouste Gulbenkian Foundation; 2022 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/en/publications/mapping-of-health-sciences-research-and-funding/>
23. Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik PJ. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: memórias do seu planeamento estratégico em saúde. Cadernos de Estudos Africanos. 2019;38:239-64. DOI: [10.4000/cea.4619](https://doi.org/10.4000/cea.4619)
24. Barros AEA, Carvalho EM, Silva ACR. Políticas públicas como utopia para Guiné-Bissau e a falácia da democracia. Revista Interd. Cult Soc. 2018;4:635-46.
25. Jong JTVM. A descent into african psychiatry. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1987.
26. Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Saúde Debate. 2018;42(118):549-65. DOI: [10.1590/0103-1104201811801](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811801)
27. Guerreiro CS, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: evolution of structures and processes in a fragile state. Acta Médica Port. 2018;31(12):742-53. DOI: [10.20344/amp.11120](https://doi.org/10.20344/amp.11120)
28. Cisneros S, Matilde M. Cooperación técnica entre países en vías de desarrollo: Experiencia Cuba-Guinea Bissau. Educ Méd Super. 1996;10(1):9-10.
29. World Health Organization; World Federation for Medical Education. African regional conference on medical education: Cape Town declaration. Cape Town, South Africa: WFME, WHO; 1995.
30. Mintzberg H, Waters JA. Of Strategies, Deliberate and Emergent. Strateg Manag J. 1985;6(3):257-72.
31. Malisa M, Nhengeze P. Pan-Africanism: A Quest for Liberation and the Pursuit of a United Africa. Genealogy. 2018;2(3):28. DOI: [10.3390/genealogy2030028](https://doi.org/10.3390/genealogy2030028)
32. Woldegiyorgis AA. Harmonization of higher education in Africa and Europe: Policy convergence at supranational level. Tuning J High Educ. 2018;5(2):133-57. DOI: [10.18543/tjhe-5\(2\)-2018pp133-157](https://doi.org/10.18543/tjhe-5(2)-2018pp133-157)
33. Decision A/DEC.4:01/03 relating to the adoption of the Convention on recognition and equivalence of degrees, diplomas, certificates and other qualifications In ECOWAS Member States. Official journal of the Economic Community of West African States (ECOWAS). 2003:89.
34. Sá Guerreiro C, Neves C, Paulo Silva A, Ferrinho P. Evolução do ensino médico universitário na República da Guiné-Bissau 1985-2020. An Inst Hig Med Trop. 2022;21:74-89. DOI: [10.25761/anaisihmt.431](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.431)

35. 35 República Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III actualizado) 2023-2028. Versão final. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2023.
36. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no sector da saúde da Guiné-Bissau: Evolução, influências e processos. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 1):S55-S68.
37. Sá Nogueira
38. República da Guiné-Bissau. Assembleia Nacional Popular. Constituição da República da Guiné-Bissau. Guiné-Bissau: ANP; 1996.
39. República da Guiné-Bissau. Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP) [Internet]. Versão corrigida em Outubro de 2005 na base do DENARP adoptado em Agosto de 2004. Guiné-Bissau: WHO MiNDbank Collection; 2005 [citado 2024 ago 22]. Disponível em: <https://extranet.who.int/mindbank/item/3636>
40. República da Guiné-Bissau. Ministério da Economia. Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Economia; 2011.
41. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Contas Nacionais de Saúde, 2018-2021. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2023.
42. Jaló S. Guinea-Bissau: 30 years of militarized democratization (1991–2021). Front Polit Sci. 2023;5:1078771. DOI: [10.3389/fpol.2023.1078771](https://doi.org/10.3389/fpol.2023.1078771)
43. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Relatório do inventário nacional da disponibilidade e prontidão de infraestruturas, equipamento, recursos humanos, serviços de saúde, gestão e finanças - HHFA, 2023 [Internet]. OMS AFRO: Guiné-Bissau; 2023 [citado 2024 jun 2]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/guinea-bissau/publication/relatorio-de-avaliacao-harmonizada-das-estruturas-de-saude-hdfa-2023>

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

www.conass.org.br/biblioteca





MOÇAMBIQUE, DA INDEPENDÊNCIA À ATUALIDADE: POLÍTICA, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

*MOZAMBIQUE, DE L'INDEPENDANCE À AUJOURD'HUI : POLITIQUE, SANTE
ET DEVELOPPEMENT*

*MOZAMBIQUE, FROM INDEPENDENCE TO TODAY: POLITICS, HEALTH AND
DEVELOPMENT*

Mouzinho Saíde¹

1. Hospital Central de Maputo. Av. Agostinho Neto C.P 1164. Email: mzaide@gmail.com Telefone: +258829672710;
+25821320827. Maputo, Moçambique

Resumo

Moçambique, país independente há 49 anos, é uma jovem democracia, iniciada em 1990 e caracterizada por um sistema presidencialista com eleições regulares gerais, provinciais e autárquicas. Possui um sistema nacional de saúde integrado que ainda carece de desafios para uma cobertura universal dos cuidados de saúde. O estado de saúde da população é dominado maioritariamente por doenças transmissíveis, havendo, entretanto, um incremento de doenças não transmissíveis. O país tem sido assolado por focos de instabilidade política, com recurso à violência armada, bem como tem sido severamente assolado por desastres naturais como resultado das mudanças climáticas que constituem uma séria ameaça ao desenvolvimento. Nos últimos anos, Moçambique tem revelado um incremento nos indicadores sociais e de desenvolvimento econômico, como resultado de desenvolvimentos na indústria extractiva, em particular da exploração do gás natural, não obstante estar ainda entre os mais pobres do mundo. Os desafios para o futuro passam pela paz efetiva, maior rentabilização da utilização dos recursos para uma melhor cobertura dos serviços e satisfação das comunidades.

Palavras-chave: Moçambique, democracia, saúde, desenvolvimento e mudanças climáticas.

Résumé

Le Mozambique, pays indépendant depuis 49 ans, est une jeune démocratie créée en 1990 et caractérisée par un système présidentiel avec des élections générales, provinciales et locales régulières. Il dispose d'un système de santé national intégré mais il reste encore des défis à relever en matière de couverture sanitaire universelle. L'état de santé de la population est principalement dominé par les maladies transmissibles, même si l'on constate une augmentation des maladies non transmissibles. Le pays est en proie à des poches d'instabilité politique, avec recours à la violence armée, et est également gravement touché par des catastrophes naturelles, dues au changement climatique, qui constituent une grave menace pour le développement. Ces dernières années, le pays a enregistré une augmentation de ses indicateurs de développement social et économique, en raison du développement de l'industrie extractive, en particulier de l'exploration du gaz naturel, bien qu'il soit encore l'un des plus pauvres au monde. Les défis pour l'avenir incluent une paix effective, une plus grande rentabilité dans l'utilisation des ressources pour une meilleure couverture des services et la satisfaction des communautés.

Mots clés: Mozambique, démocratie, santé, développement et changement climatique.

Abstract

Mozambique, an independent country for 49 years, is a young democracy, started in 1990 and characterized by a presidential system with regular general, provincial and local elections. It has an integrated national health system that still lacks challenges for universal health care coverage. The health status of the population is mainly dominated by communicable diseases, although there is an increase in non-communicable diseases. The country has been plagued by pockets of political instability, with recourse to armed violence, as well as being severely affected by natural disasters, as a result of climate change, which constitute a serious threat to development. In recent years, the country has shown an increase in social and economic development indicators, as a result of developments in the extractive industry, particularly natural gas exploration, despite still being among the poorest in the world. The challenges for the future include effective peace, greater profitability in the use of resources for better coverage of services and community satisfaction.

Keywords: Mozambique, democracy, health, development and climate change.

CONTEXTO POLÍTICO

A República de Moçambique, situada no sudeste do continente africano, é limitada, ao norte, pela República da Tanzânia; a oeste, pela República do Malawi, República da Zâmbia, República do Zimbabwe e pelo Reino de Eswatini; ao sul, é limitada pela República da África do Sul. Toda a faixa costeira a leste é banhada pelo Oceano Índico, em uma extensão de 2.800 km. O país possui uma superfície de 799.380 km² e uma população estimada em 33.244.414 habitantes, distribuída por 10 províncias e pela Cidade Capital, Maputo, que tem o estatuto de província.

Na alvorada do dia 25 de junho de 1975, iniciava a transformação da província ultramarina de Moçambique, então colônia portuguesa, em República Popular de Moçambique, resultante de uma longa luta de libertação nacional, conduzida pela Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo) que durou 10 anos. Com a independência nacional, começou um processo de transformação política, econômica e social que originou profundas mudanças em todos os setores sociais e da economia.

No setor da Saúde, com características predominantemente curativas e direcionado maioritariamente à população das áreas urbanas, no período colonial, assistiu-se a

uma mudança radical de políticas. Na altura, a prática da medicina privada foi considerada um meio de exploração que utilizava a doença como um método de enriquecimento.

Só na então cidade de Lourenço Marques, onde viviam mais de metade dos elementos da burguesia da então província ultramarina, mas menos de 3% do nosso povo trabalhador, existiam mais médicos e enfermeiros, mais camas de hospital e laboratórios que em todo o resto de Moçambique¹.

Para reverter a situação, o Conselho de Ministros decidiu a nacionalização de todas as clínicas privadas e a criação de um SNS com o objetivo de planificar todos os serviços médicos e sanitários disponíveis, assim como assegurar a assistência sanitária a todos os cidadãos moçambicanos, sem qualquer forma de discriminação².

A transformação socialista da sociedade moçambicana que então ocorreu permitiu desenvolver, até finais da década de 1980, programas abrangentes no âmbito da educação, saúde e habitação de reconhecido sucesso, como é o caso da formação de pessoal especializado, implementação de campanhas nacionais de vacinação contra a varíola, tétano e sarampo, com um impacto significativo na redução da mortalidade infantil. Por exemplo, a Campanha Nacional de Vacinação e Saneamento do Meio, realizada de junho de 1976 a fevereiro de 1978, teve um elevado sucesso ao atingir a taxa de cobertura nacional de 97% e de 99% na cidade de Maputo, o que, na altura, foi considerado um sucesso sem comparação em nenhum outro país³. Entretanto, os esforços de reconstrução nacional e a melhoria do nível de vida da população não se consolidaram devido ao início de uma guerra de desestabilização.

Assim, de 1976 a 1992, o país foi assolado por uma guerra civil devastadora que provocou o colapso da economia e a deterioração do tecido social que se saldou em mais de 1 milhão de mortos, mais de 290 unidades sanitárias destruídas, cerca de 700 unidades sanitárias temporariamente fechadas, acima de 250 mil crianças órfãs e não acompanhadas, um terço da população malnutrida, perto de 4,5 milhões de deslocados internos, mais de 1,5 milhão de refugiados nos países vizinhos, cerca de 50 mil pessoas amputadas, mais de 1.800 escolas destruídas e mais de US\$ 7 bilhões em prejuízos na economia nacional⁴.

Com a mudança da Constituição da República em 1990, o país adotou o princípio do multipartidarismo, que abriu o caminho para a assinatura do Acordo Geral de Paz de Roma em 1992, iniciando um processo de democratização e descentralização faseada. As primeiras eleições democráticas e multipartidárias ocorreram em 1994, com a participação de 12 partidos políticos. Nessas eleições, Joaquim Chissano foi eleito Presidente da República de Moçambique. O primeiro parlamento multipartidário, com 250 deputados, teve uma maioria parlamentar da Frelimo, com 129 assentos, seguida da Resistência Nacional Moçambicana (Renamo), principal força da oposição, com 112 as-

sentos. Com exceção desses dois partidos, apenas a União Democrática (UD), em 1994, e o Movimento Democrático de Moçambique (MDM), em 2009, conseguiram eleger um pequeno número de parlamentares.

Volvidos 42 anos, já foram realizados em Moçambique seis pleitos eleitorais gerais, nomeadamente: 1994 e 1999, vencidas por Joaquim Chissano, do Partido Frelimo; 2004 e 2009, vencidas por Armando Emílio Guebuza, do Partido Frelimo; 2014 e 2019, vencidas por Filipe Jacinto Nyusi, do Partido Frelimo, estando aprazadas para outubro de 2024 a realização das sétimas eleições gerais.

Em nível provincial, são eleitas as Assembleias Provinciais e os Governadores Provinciais, e em nível local, os presidentes dos Conselhos Municipais das Cidades e Vilas consideradas municípios. As primeiras eleições autárquicas realizaram-se em 1998. Nessas eleições, a Frelimo venceu em todas as autarquias. A partir das eleições de 2003, nota-se alguma alternância na governação autárquica. Em 2003, a Renamo venceu em cinco municípios, especificamente Nacala-Porto, Ilha de Moçambique, Angoche, Beira e Marromeu. A partir de 2013 até o presente mandato, o município da Beira, a segunda maior cidade de Moçambique, tem sido governada pelo MDM. Em 2013, o MDM obteve vitória também nos municípios de Nampula, a chamada capital do Norte, e na autarquia de Quelimane. Nas eleições autárquicas de 2018, o MDM obteve vitória apenas na autarquia da Beira enquanto a Renamo conquistou a vitória em sete autarquias, particularmente Nampula, Nacala Porto, Angoche, Ilha de Moçambique, Chiúre, Cuamba e Quelimane. Em 2023, nas quintas eleições autárquicas, dos 65 municípios em disputa, a Frelimo ganhou em 56 autarquias seguida pela Renamo com 4 municípios.

DESCENTRALIZAÇÃO

Como outros países da África Subsaariana, Moçambique iniciou reformas de descentralização nos anos 1980, reforçada pelo lançamento da estratégia global da reforma do setor público, em 2001, que permitiu transformações mais estruturais. Embora o Acordo Geral de Paz tenha sido assinado em 1992, o país continuou a ser marcado pela ocorrência de violentos e frequentes focos de desestabilização. Em 2015, em um processo negocial entre o governo e a Renamo, incrementaram-se as negociações para a paz que incluía a questão da descentralização, as eleições para governadores provinciais, a Desmilitarização, Desmobilização e Reintegração dos guerrilheiros da Renamo (DDR) na Polícia da República de Moçambique. Assim, nas eleições gerais de 2019 que corresponderam ao sexto pleito presidencial e às terceiras eleições para as Assembleias Provinciais, foram realizadas as primeiras eleições dos governadores provinciais. Os anteriores governadores provinciais, representantes do estado nas províncias, passaram

a ser designados Secretários de Estado. Nas primeiras eleições para Governadores Provinciais, todas as dez províncias da República de Moçambique tiveram como vencedores candidatos do Partido Frelimo⁵.

Em nível dos municípios, no setor de saúde, ainda estão ocorrendo os trâmites para uma descentralização efetiva, havendo já avanços significativos no município de Maputo, com a indicação de uma Vereação da Saúde e Qualidade de Vida, responsável pela gestão da prestação de cuidados de saúde primários e dos centros de saúde da cidade capital.

Em nível central, o processo de descentralização também envolveu várias instituições que passaram de subordinadas a tuteladas pelo Ministro que superintende a área da Saúde, ganhando uma certa autonomia no processo de decisão, administrativa e técnico-científica. São exemplos de instituições descentralizadas: o Hospital Central de Maputo, o Instituto Nacional de Saúde, a Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos, o Serviço Nacional de Sangue e a Inspeção Geral de Saúde, cujos responsáveis são nomeados pelo Primeiro Ministro. Entretanto, na falta de orientações claras, monitoria adequada, um adequado financiamento e recursos humanos suficientes, os processos de descentralização são passíveis de ter um fraco impacto nas reformas do setor de saúde e provocar desigualdades dentro de um mesmo país ou região⁶.

O SISTEMA DE SAÚDE

Em Moçambique, o sistema de saúde está estruturado em três subsistemas que se interligam e se complementam, designadamente: 1) Subsistema Público de Saúde, designado Serviço Nacional de Saúde; 2) Subsistema Comunitário de Saúde (público e privado); e 3) Subsistema Privado de Saúde (lucrativo e não lucrativo)

SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, DESIGNADO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O SNS é o principal provedor de serviços de saúde à população e é gerido a quatro níveis, detalhadamente: Central, Provincial, Distrital e Municipal. Na prestação de cuidados de saúde, a organização do SNS inclui o nível primário (centros de saúde), o nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais), o nível terciário (hospitais provinciais) e o nível quaternário (hospitais centrais e especializados)⁷.

O SNS tem cerca de 24 mil camas, o que se traduz em um rácio de 0,76 camas por mil habitantes, aquém do padrão recomendado pela OMS, de 3 a 5 camas por mil habitantes. Essas camas distribuem-se por uma rede de unidades sanitárias que inclui:

4 hospitais centrais, sendo 1 na região norte, 2 na região do centro do país e 1 na capital, que oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados, e representam os níveis últimos níveis de referência; 8 hospitais provinciais; 5 hospitais gerais; 2 hospitais psiquiátricos; 47 hospitais distritais e rurais, que habitualmente servem mais do que um distrito e representam o primeiro nível de referência para os mais de 1.600 centros de saúde. A rede sanitária acima referida perfaz um rácio de 1 unidade sanitária para 17.419 habitantes, o que é inadequado em relação aos padrões mínimos da OMS, que preconizam 1 unidade sanitária para 10 mil habitantes⁸. O último inquérito sobre o orçamento familiar em Moçambique reportou que 68,3% da população tinha que percorrer uma distância, desde a sua casa até à unidade sanitária mais próxima, com uma duração média de 30 minutos, mesmo assim com grandes desigualdades entre as diferentes províncias⁹.

Nível Central

Este nível tem a responsabilidade de regulamentar, orientar e coordenar as atividades do Sistema de Saúde que inclui o setor privado e o setor comunitário. A gestão em nível central do SNS é encimada por um secretário permanente, que tem como responsabilidade assegurar a coordenação da execução e controle das decisões do governo, visando à implementação do programa e políticas governamentais definidas para o setor¹⁰. O nível central subdivide-se em direções nacionais. Até 2005, existiam cinco direções nacionais, nomeadamente a Direção Nacional de Saúde, a Direção de Planificação e Cooperação, a Direção de Administração e Finanças e a Direção de Recursos Humanos. Posteriormente, a Direção Nacional de Saúde, que possuía três diretores Nacionais Adjuntos, um para a área de Saúde da Comunidade, outro para a área de Assistência Médica e o terceiro para a área de Epidemiologia, foi subdividida em Direção Nacional de Assistência Médica e Direção Nacional de Saúde Pública. Outras direções foram sendo acrescentadas ao longo dos anos, existindo agora, também, a Direção Nacional de Formação de Profissionais de Saúde, a Direção Nacional de Gestão de Qualidade e a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

Para além dessas Direções Nacionais, existem Departamentos Centrais autônomos, notadamente, o Gabinete do Ministro, o Gabinete Jurídico, a Assessoria de Género e Saúde, o Departamento de Infraestruturas e Equipamento Hospitalar, o Departamento de Tecnologias de Informação, o Departamento das Juntas de Saúde, o Departamento de Comunicação e Imagem e o Departamento de Aquisições.

Na área de investigação, para além do Instituto Nacional de Saúde, que é a instituição pública, com delegações em todas as províncias, responsável por implementar,

gerir, regulamentar e fiscalizar as atividades de pesquisa em Saúde para a garantia de uma melhor saúde e bem-estar, o país conta também, na área de pesquisa, com o Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM), criado em 1996 e que é vocacionado à investigação de doenças transmissíveis com maior prevalência, com particular enfoque às principais causas de morbimortalidade, como é o caso da malária, VIH/SIDA, tuberculose e doenças bacterianas. Esse Centro resulta de um Programa de Cooperação Bilateral entre os governos de Moçambique e da Espanha. A pesquisa operacional é, além disso, realizada em diversas unidades sanitárias e instituições de ensino, realizando-se jornadas nacionais e provinciais regulares para discussão e disseminação dos resultados.

Nível Provincial

As províncias representam a maior unidade territorial da organização política e social da administração local do Estado. O nível provincial dirige e assegura a execução das atividades da área de saúde em nível provincial, por meio dos planos e programas definidos centralmente e pelo Governo Provincial, e presta supervisão, apoio e orientação ao nível distrital. No setor de saúde, por mais de 40 anos, as províncias moçambicanas foram geridas por uma Direção Provincial de Saúde. Atualmente, a gestão é feita por intermédio da Direção dos Serviços Provinciais de Saúde, à qual cabe a responsabilidade pela gestão do nível secundário e terciário de prestação de serviços, incluindo os Hospitais Centrais onde houver, e pela Direção Provincial de Saúde, à qual cabe a responsabilidade da gestão do nível primário onde se prestam a maior parte dos cuidados de saúde primários. Essa nova estrutura exige maiores esforços de coordenação e redistribuição de recursos.

Nível Distrital

O distrito é a unidade territorial principal da organização e funcionamento da administração local do Estado e a base da planificação econômica, social e cultural da República de Moçambique. A gestão da atividade de saúde é feita pela Direção Distrital da Saúde, Mulher e Ação Social, uma estrutura que coordena as atividades de dois Ministérios, o da Saúde e o do Género, Criança e Ação Social.

Nível Municipal

A governação do município é feita por meio do presidente do conselho municipal, entidade democraticamente eleita, e a rede sanitária das cidades capitais das provín-

cias é gerida por uma Direção de Saúde da Cidade, estando, entretanto, a gestão em processo à descentralização para os municípios. No município de Maputo, o processo de descentralização da gestão do setor de saúde já é efetivo, havendo uma vereação específica designada para a gestão dos cuidados de saúde primários.

SUBSISTEMA COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O subsistema comunitário de saúde privilegia a disponibilidade e a prontidão de serviços, para a redução das iniquidades em saúde, para uma maior cobertura dos serviços de saúde e a criação do bem-estar das comunidades. Nessa área, assegura-se também que as comunidades tenham um papel mais interventivo na solução dos seus próprios problemas de saúde e que não sejam meros beneficiários ou receptores de serviços de saúde. Nas estratégias para o setor, participam diferentes atores, incluindo as comunidades, a sociedade civil, os setores de desenvolvimento, as agências multilaterais e bilaterais. Devido à escassez de recursos humanos, ao longo dos anos, tem havido uma expansão de serviços comunitários, relacionados com a saúde materna e infantil, malária, HIV/SIDA e tuberculose, entre outros, o que levou também à introdução de várias categorias de atores comunitários, tanto pelo governo como pelas ONG, Organizações da Sociedade Civil e outros parceiros. Assim, nessa área, atuam diferentes agentes comunitários de saúde, ativistas, voluntários, agentes polivalentes elementares para além das parteras tradicionais e praticantes de medicina tradicional⁷.

Agentes Polivalentes Elementares

O Programa de Agentes Polivalentes Elementares (APE) de Moçambique, o programa mais robusto de intervenção comunitária, forma trabalhadores comunitários de saúde que são membros das comunidades, treinados durante seis meses, para fornecer serviços básicos de saúde. O programa, com raízes em experiências adquiridas durante a luta armada de libertação de Moçambique, foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1978. Com o tempo, o programa enfrentou vários obstáculos, relacionados com sustentabilidade, supervisão e coordenação. Em 1989, o programa foi interrompido, dando lugar à criação de diferentes categorias de ativistas e agentes de saúde maioritariamente financiados pelas ONG¹¹.

Em 2010, o Programa dos APE em Moçambique foi relançado, sob a coordenação da Direção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde, com uma nova abordagem, o pagamento de um subsídio equivalente ao salário mínimo em vigor no país. Cada APE recebe também um *kit* de medicamentos essenciais para o tratamento das doenças

com maior prevalência e para o planeamento familiar, consumíveis básicos de diagnóstico e terapêuticos para a gestão de doenças comuns em Moçambique, suficientes para um universo de 500 a 2 mil habitantes, dependendo da zona, densidade populacional e do acesso aos serviços de saúde. Os APE também registram os dados sobre os casos que gerem e submetem essa informação mensalmente às unidades sanitárias onde recebem seus *kits*. O país que conta com cerca de 300 mil atores comunitários ativos, dos quais 6.673 são Agentes Polivalentes Elementares, em 2017, reportou um rácio de trabalhadores comunitários por mil habitantes abaixo de 0,5/mil habitantes, sendo um dos mais baixos no continente africano¹².

SUBSISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

O subsistema privado de saúde compreende o setor privado com fins lucrativos e o setor privado sem fins lucrativos. A dimensão e a abrangência desse setor na provisão de serviços de saúde variam de acordo com as respectivas subcategorias. A rede de instituições do setor privado com fins lucrativos é dedicada fundamentalmente à área curativa e concentra-se maioritariamente nas cidades, compreendendo um reduzido número de unidades com capacidade para internamento, algumas dezenas de clínicas, consultórios médicos, farmácias, laboratórios e serviços de imagiologia. A primeira clínica privada pós-independência foi aberta em 1991, e no mesmo ano, foi aprovada a Lei da Medicina Privada^{13,14}. O setor privado lucrativo dedica-se quase exclusivamente a atividades curativas, que podem complementar-se com parcerias público – privadas com instituições do setor público. Por outro lado, as instituições com fins não lucrativos, que integram organizações religiosas e ONG, concentram-se na provisão de serviços, em estreita ligação com o setor público, e podem também gerir unidades do SNS. As ONG geralmente focalizam-se em uma ou várias áreas programáticas, sobretudo o HIV/SIDA e Saúde Materno-Infantil (SMI), sendo financiadas predominantemente por fundos externos. A sua distribuição pelo território nacional tem sido desigual, com uma maior concentração, em um número restrito de programas que muitas vezes exclui o fortalecimento das instituições nacionais, o que ameaça a sustentabilidade dos seus programas e dificulta a implementação de políticas de redução das iniquidades.

Segundo o Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF, 2020), a média de utilização dos serviços de saúde é de 67,1% da população, sendo 76,2% em zona urbana e 63,4% em zona rural. Entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde, 93,1% utilizam os serviços públicos de saúde (SNS), 6,2% utilizam serviços privados, por meio de clínicas, igrejas, entre outros, e os restantes utilizam os serviços da medicina tradicional⁹.

Medicina Tradicional e Alternativa

A política do Governo de Moçambique valoriza a prática da Medicina Tradicional e Alternativa (MTA), e no Ministério da Saúde, existe a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa que visa legislar e orientar a prática da MTA, integrar práticas e uso de medicamentos comprovadamente seguros eficazes e de qualidade, bem como estimular a pesquisa. No país, estão registados mais de 100 mil Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) que, por razões culturais e limitado acesso aos cuidados de saúde formais, são a primeira linha de atendimento à maioria dos moçambicanos. Nesse setor, registam-se avanços consideráveis na melhoria da integração dos PMT e Alternativa, nos Cuidados de Saúde Primários e na orientação da prática da medicina tradicional em Moçambique com o treino regular dos PMT para colaboração na referência de doentes, por exemplo, os doentes com suspeita de tuberculose, integração nos comitês de saúde e de humanização, sendo também alguns PMT ativistas para o tratamento de observação direta comunitário e cuidados ao domicílio, bem como na distribuição de preservativos¹⁵.

Em algumas unidades sanitárias, há profissionais de saúde treinados e realizando atividades curativas com recurso à prática da medicina tradicional chinesa maioritariamente por meio da acupuntura. Entretanto, a prática de medicina tradicional carece ainda de legislação específica que regulamente o setor, particularmente na investigação das plantas medicinais, na área socioantropológica para uma maior colaboração com o pessoal de saúde e para o registo e afiliação dos PMT em associações.

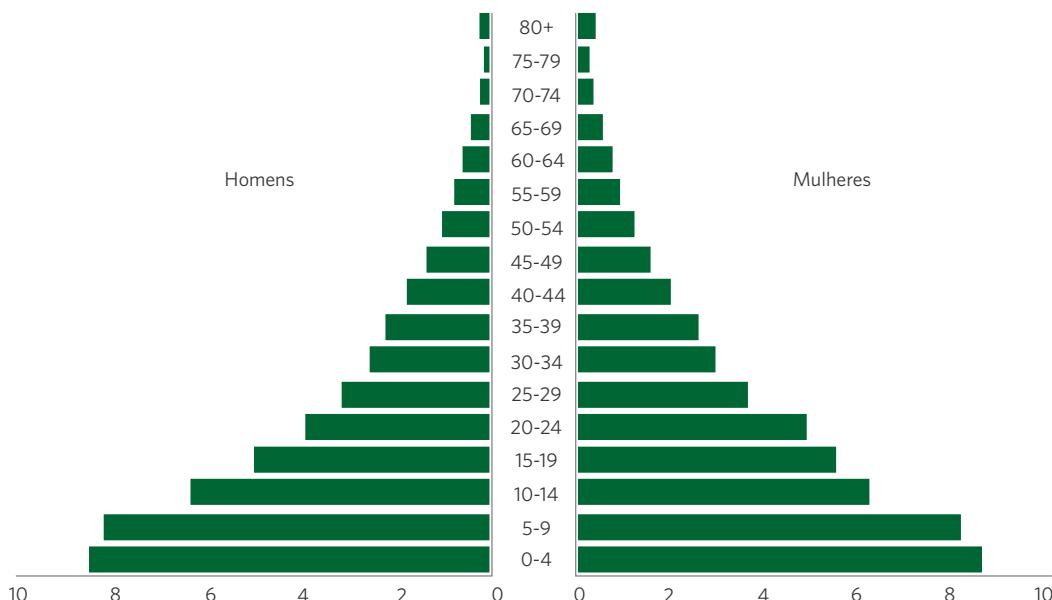
POPULAÇÃO

Com uma taxa de crescimento de 2,85% e mais de 33 milhões de habitantes, Moçambique é um dos países mais populosos da África Austral¹⁶. Entre 1950 e 1980, a taxa de crescimento passou de 1,5% para 2,7%. No primeiro censo populacional realizado em 1980, a população era de 12,1 milhões de habitantes. O rápido crescimento populacional foi causado pelas elevadas taxas de natalidade em uma altura em que a mortalidade começou a diminuir. O maior declínio da mortalidade, principalmente a infantil, registou-se nos primeiros cinco anos da Independência Nacional (1975-1980), como resultado das melhorias das condições de saúde, educação e habitação, entre outras.

A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos de idades: o grupo dos jovens (0-14 anos), o grupo dos potencialmente ativos ou adultos (15-64), e o grupo dos idosos (65 anos e mais). De modo geral, a população moçambicana é jovem, pois cerca de 46,6% desta tem menos de 15 anos de idade (Figura 1). Ademais, a idade mediana é de 16,6 anos, significando, assim, que metade da popula-

ção tem idade inferior a 16,6 anos. Por outro lado, a população idosa, com idade igual ou superior a 65 anos, corresponde à 3,3%. Cerca de 52% da população é de mulheres. Mais de 66% da população vive em zonas rurais, mas com um processo de urbanização muito rápido, estimando-se que o número de pessoas que residem em áreas urbanas tenha aumentado em 5 milhões entre 2000 e 2017, o que tem implicações ambientais particularmente nas zonas urbanas. Essa estrutura populacional, típica de um país menos desenvolvido, tem implicações socioeconómicas, pois a população é mais propensa ao consumo do que à produção devido à elevada proporção de dependentes. Em outras palavras, essa estrutura pressiona de forma preponderante os setores-chave do desenvolvimento, principalmente a educação, a saúde, o emprego e a habitação¹⁷.

Figura 1. Pirâmide da População de Moçambique, 2017



Fonte: IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017.

A esperança média de vida ao nascer, em 2022, era de 59,6, tendo registado, entre 1990 e 2022, um crescimento de 15,2 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2022 coloca o país na categoria de baixo desenvolvimento humano, estando na 183^a posição entre 191 países e territórios¹⁸.

Com relação aos determinantes sociais de saúde, no que diz respeito à fonte de água para beber, há um aumento de agregados familiares que consomem água proveniente de fonte segura, que passou de 49,6% em 2019/20 para 53,6% em 2022.

Quanto à fonte de iluminação, a pilha elétrica constitui a principal fonte de iluminação (38,3%) seguida de eletricidade da rede pública (33,9%). Embora a taxa de analfabetismo seja de 27,2% para homens e de 49,4% para mulheres, a percentagem de pessoas que não sabem ler nem escrever tem diminuído ligeiramente ao longo do tempo, tendo passado de 39,9% em 2019/20 para 38,3% em 2022⁹. A elevada taxa de pobreza de Moçambique (63% da população vive com menos de US\$ 2 por dia) é perpetuada por frequentes desastres naturais, elevada incidência de doenças, elevadas taxas de mortalidade geral e mortalidade materna, elevado crescimento populacional e uma distribuição desigual da riqueza.

ESTADO DE SAÚDE

Nos últimos anos, Moçambique tem alcançado progressos significativos nos indicadores sociais de saúde que, ainda assim, não são suficientes para elevar os padrões da saúde dos moçambicanos a níveis considerados satisfatórios. Alguns dos progressos incluem:

- A redução da Mortalidade Infantil de 64 para 39 por mil NV entre 1997 e 2011¹⁹;
- A redução do Rácio de Mortalidade Materna (RMM) de 500.1 para 451.6/100 mil NV nos últimos 10 anos¹⁷;
- A redução da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) de 13.8 para 9/mil habitantes, embora a mortalidade materna registe menos progressos²⁰. Apesar da redução registada entre 1997 e 2003^{21,22}, nos últimos anos, o RMM mostra-se estacionário e é ainda inaceitavelmente alto (408/100 mil NV);
- A redução da Taxa Bruta de Natalidade (TBN) de 42.2 em 2007 para 37.9/mil habitantes em 2017¹⁷;
- A redução da Taxa Global de Fecundidade (TGF) de 5.9 para 4.9 durante o mesmo período¹⁹;
- O Inquérito Demográfico de Saúde de 2011²³ mostra que 66% de crianças com idade de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas disponíveis no SNS (BCG, DPT, poliomielite e sarampo);
- O Inquérito Demográfico de Saúde de 2022-2023¹⁹ mostra que os cuidados pré-natais aumentaram de 85% em 2003 para 91% em 2011, no entanto, sofreram uma redução para 87% em 2022-23;
- A cobertura de partos institucionais apresentou melhorias com um aumento relevante de 48% em 2003, 55% em 2011 e 65% em 2022-23;
- Aproximadamente 37% de crianças menores de 5 anos apresentam desnutrição crônica, 4% mostram desnutrição aguda e 3% exibem sobre peso.

Não obstante esses avanços, marcas do enorme peso das doenças, particularmente associadas à pobreza, efeitos das mudanças climáticas, emergências em saúde pública e conflitos armados, que aumentam a vulnerabilidade das populações, são ainda visíveis. A malária, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas são ainda responsáveis por 60% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade.

A prevalência da malária foi estável entre os períodos de 2011 a 2018, situando-se em redor de 38% a 40%. De 2018 para 2022/23, a prevalência da malária passou de 39% para 32%. Moçambique figura entre os cinco países do mundo com maior prevalência de tuberculose (551 casos/100 mil habitantes contra uma média mundial de 140 casos/100 mil habitantes) e está entre os dez países do mundo com maior prevalência do VIH/SIDA. A prevalência de VIH em Moçambique é de 12,5%, sendo duas a três vezes maior entre mulheres quando comparada aos homens na faixa etária de 15 a 29 anos. Com cerca de 2,4 milhões de pessoas vivendo com VIH, Moçambique ocupa o terceiro lugar entre os países com o maior número de pessoas infectadas. Cerca de 2,1 milhões estavam em Tratamento Antirretroviral (TARV) em dezembro de 2023. Cerca de 72% das crianças vivendo com o VIH e 86% dos adultos estão em TARV. Quanto às novas infecções, as estimativas do modelo de “padrões de incidência”²⁴ sugerem que 66% das novas infecções ocorrem nos adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos de idade, dividindo-se entre 45,6% para as moças, e 20,4% para os rapazes; 12% das novas infecções ocorrem nas populações-chave, incluindo 10,2% entre as mulheres trabalhadoras do sexo; 8,5% das novas infecções ocorrem entre homens mais velhos (≥ 25 anos de idade). A maioria das pessoas que são diagnosticadas iniciam o TARV, e quase 90% destas atingem a supressão viral. No entanto, cerca de 30% de pessoas infectadas (mais de 700 mil pessoas) desconhecem o seu sero-estado de VIH, e continuam a transmitir a infecção²⁵. Para coordenar todas as intervenções multisectoriais, foi criado Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS), presidido pelo Primeiro-Ministro²⁶.

No país, tem sido frequente a ocorrência de surtos epidêmicos, catástrofes naturais e emergências de saúde pública, que agravam o peso das doenças transmissíveis e que perigam a vida das pessoas. A cólera, doença com carácter endêmico-epidêmico ao longo de vários anos, tem sido a causa da maior parte das emergências em saúde pública, como resultado do crescimento populacional urbano descontrolado, redução da qualidade das condições higiênico-sanitárias nos centros urbanos, comercialização de produtos alimentares sem o devido controle sanitário e como resultado da seca e baixo acesso a água potável²⁷. Nos últimos anos, praticamente todas as províncias do país têm sido afetadas. De janeiro de 2023 a esta parte, já foram registados mais de 16.500 casos de cólera com mais de 12.500 internamentos, a ocorrência de cerca de 40 óbi-

tos e uma taxa de letalidade geral de 0,2%²⁷. Devido a fatores culturais e baixo nível de escolaridade das populações maioritariamente afetadas, são frequentes rumores e atos de desinformação sobre as formas de transmissão da doença que incitam violência, por considerarem que essa doença é espalhada por determinados grupos de pessoas.

As doenças não transmissíveis e o trauma começam a ter um grande peso no perfil epidemiológico do país. A doença cardiovascular é a causa mais importante de morbidade e mortalidade, tendo como principal fator de risco a hipertensão arterial. A prevalência da hipertensão arterial é estimada em 35% em nível nacional, sendo maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%), aumentando com a idade. A diabetes é também uma das maiores causas de doença e morte prematura, sendo responsável pelo aumento do risco para as doenças cardiovasculares. A prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos foi de 3,1% em 2003.

Com relação ao cancro, em 2020, o país registou cerca de 26 mil novos casos de cancro e pouco mais de 17 mil mortes. O cancro do colo do útero com cerca de 5.400 casos, o cancro da mama com 2 mil casos, da próstata com 1.600 casos e o Sarcoma de Kaposi com 3.500 casos são os cancros mais comuns nos adultos. O cancro infantil, em 2020, correspondeu a 7% (cerca de 1.800 casos) do total dos cancros, sendo leucemia, sarcoma de Kaposi, linfoma, Tumor de Wilms e Retinoblastoma os principais²⁸.

Relativamente ao trauma, dados da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Central de Maputo indicam que, em 2023, os traumas por acidentes de viação foram a terceira causa básica de morte (10%), e as complicações dos traumatismos representaram a sexta causa direta de morte naquele serviço. Considerando a transição epidemiológica no país, é de referir que quadruplicou o peso da mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis e duplicou o peso da mortalidade por trauma nos últimos 12 anos na zona rural e urbana.

O país regista também um enorme peso de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), tais como hanseníase, filariáse linfática, bilharziose, helmintíases transmitidas pelo solo e tracoma²⁹. Embora as DTN existentes em Moçambique não sejam uma causa direta de morte, pela alta prevalência, por exemplo, parasitos intestinais (53%), bilharziose (47%), filariáse linfática (13%), causam incapacidades, atraso no desenvolvimento físico e mental das crianças, e têm uma grande correlação com anemias e malnutrição. Com relação à anemia, cerca de 73% de crianças de 6-59 meses de idade apresentam algum tipo de anemia, das quais, 28% com anemia leve/ligeira, 40% com anemia moderada e 4% com anemia grave. Quanto às mulheres de 15-49 anos de idade, cerca de 52% apresentam qualquer tipo de anemia; das quais 24% com anemia leve/ligeira, 26% com anemia moderada e 2% com anemia grave¹⁹.

A pandemia da covid-19 foi, sem dúvida, o maior desafio de saúde pública que o país enfrentou. Com recursos humanos, financeiros, materiais limitados, houve necessidade de se reinventar e encontrar soluções inovadoras para a nova situação que se impunha. Foram identificados locais para internamento dos doentes, muitos deles sem pessoal nem condições de tratamento adequado, como é o caso de oxigênio canalizado ou ventiladores, e feitas formações para a atualização do pessoal. Na sociedade, e mesmo no seio dos trabalhadores de saúde, geraram-se pânico, medo e ansiedade.

Para gerir a situação, foi instituída uma Comissão Técnico-Científica nomeada pelo Presidente da República, que aconselhava o governo sobre as medidas a serem tomadas, com base em evidências científicas e em informação internacionalmente disponível por um lado, e no interesse da saúde e economia nacional por outro. Mensalmente, eram emitidas comunicações à nação pelo Presidente da República, sobre como a sociedade deveria funcionar, sendo de destacar o recolher obrigatório, proibição de aglomerações, incluindo em igrejas, locais de jogos ou de reunião, e a proibição de andar sem a proteção de uma máscara facial. Foram criadas condições em todas as instituições públicas para higienização das mãos. Nos locais de trabalho, foram instituídos horários de trabalho flexíveis, para limitação do número de trabalhadores presentes nas instituições, e onde possível, foi instituído o teletrabalho. Foram intensificadas as ações de educação para a saúde e multiplicados os apelos para um comportamento saudável e responsável dos cidadãos, tendo para o efeito sido proibida inicialmente a venda de álcool e posteriormente autorizada, apenas em determinados períodos do dia.

Medidas específicas para profissionais de saúde, visando garantir a proteção desse grupo, foram tomadas, designadamente: reforço da disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual para todos os profissionais de saúde, em função do nível de risco de contaminação e redução de procedimentos médicos com alto risco de transmissão da covid-19; implementação de medidas de rastreio diário e apoio psicológico a todos os profissionais de saúde, incluindo testagem nas zonas de alta transmissão; priorização dos profissionais de saúde na administração de vacinas; contratação adicional de recursos humanos nacionais e estrangeiros para aumentar a capacidade de assistência médica no SNS. Embora houvesse a grande preocupação de uma propagação extensa da covid-19 no continente africano, com a previsão de elevadas taxas de morbidade e letalidade, devido à fragilidade dos sistemas de saúde e às fracas condições sanitárias, de modo geral, por razões que precisam de ser aprofundadas, a realidade mostrou-se diferente, com a ocorrência de menos casos e taxas de letalidade menos dramáticas, comparando com as ocorrências da Europa, América e Ásia. Em Moçambique, ocorreram mais de 200 mil infecções e cerca de 2 mil mortes por covid-19³⁰. Para além das

medidas individuais e coletivas introduzidas, a vacinação foi considerada uma prioridade nacional, como medida complementar para a prevenção da covid-19 e por forma a aliviar o impacto negativo, em nível do sistema sanitário e socioeconômico.

Para obtenção de vacinas contra a covid-19, Moçambique definiu duas abordagens. Por um lado, o país aderiu à iniciativa COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX), que é uma iniciativa global que visa ao acesso equitativo às vacinas da covid-19, liderada pela Aliança para as Vacinas (Gavi), pela OMS, pela Coalizão para Inovações de Preparação para Epidemias (CEPI) e pelo UNICEF; por outro lado, o país adotou um mecanismo complementar de aquisição direta de vacinas contra a covid-19, para garantir o acesso à vacina pela população geral e, assim, assegurar uma maior cobertura da vacinação para os moçambicanos. Foram definidos grupos-alvo prioritários, tendo a campanha de vacinação iniciado com os profissionais de saúde, idosos e pessoas com problemas de saúde preexistentes, consideradas as mais vulneráveis. Gradualmente, à medida que mais vacinas ficaram disponíveis, outros grupos foram incluídos no processo de vacinação, tendo havido uma cobertura de cerca de 54% da população elegível³¹.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional sobre causas de Mortalidade, 2007/8³¹, as primeiras causas de morte em Moçambique eram a malária (28,8%), SIDA (26,9%), doenças do período perinatal (6,5%), doenças diarreicas (4,4%), pneumonia (4,3%), acidentes/causas externas (3,9%). Atualmente, as três primeiras causas de morte são a SIDA (11%), o cancro (8%) e o trauma (8%)³².

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Segundo o Índice de Vulnerabilidade às Mudanças Climáticas, Moçambique é considerado o quinto país mais vulnerável do mundo³³. Em nível do continente africano, é o segundo país com o maior número de desastres climáticos, tendo registado 79 eventos adversos, entre 1970 e 2019, sendo apenas superado pela África do Sul, com 90 eventos³⁴.

A vulnerabilidade de Moçambique às condições climáticas adversas deve-se aos efeitos combinados do fenômeno *El Niño*, aquecimento global, à sua localização e geografia. Essa vulnerabilidade, manifesta-se por meio de alterações nos padrões de temperatura e precipitação, no aumento do nível das águas do mar e no aumento da frequência e intensidade, de eventos como secas, cheias e ciclones tropicais que afetam diferentes regiões do país todos os anos. A longa costa é uma região ativa em ciclones tropicais. Por outro lado, o país situa-se a jusante de nove bacias hidrográficas partilhadas com países do interior, registando um acentuado abaixamento de altitude do interior para a costa, o que faz com que o escoamento superficial das

água fluviais seja de alta velocidade, provocando inundações em curto espaço de tempo, quando ocorrem níveis altos de precipitação à montante das bacias internacionais partilhadas. No período de 1980 a 2019, Moçambique foi afetado por 21 ciclones tropicais, 20 eventos de inundações e 12 ocorrências de secas. Isso significa que, em média, nesse período, o país foi afetado por um ciclone tropical ou um evento de inundações de dois em dois anos e um evento de seca de três em três anos. Entretanto, nos últimos anos, verifica-se a ocorrência de mais do que um ciclone ou tempestade tropical por ano, exacerbando os impactos que esses fenômenos têm na economia e na vida das populações³⁵.

Nas piores cheias ocorridas nos últimos 50 anos em Moçambique, ao longo do mês de fevereiro e março do ano 2000, as cheias do Rio Limpopo, na Província de Gaza, ao sul de Moçambique, aproximadamente 800 pessoas foram mortas e muitas pessoas ficaram sem abrigo. Quando em 2019, o ciclone Idai atingiu a província de Sofala, um dos mais fortes ciclones tropicais a assolar a costa moçambicana, o qual vitimou mortalmente mais de mil pessoas, destruiu parcial ou completamente mais de 50 infraestruturas de saúde em toda a província, para além de ter também provocado crises humanitárias nas vizinhas Repúblicas do Malawi e do Zimbábwe. Outro fenômeno que tem ocorrido, como resultado das mudanças climáticas, de forma crescente e recorrente em zonas urbanas, devido à saturação dos solos, são as inundações urbanas que resultam também de uma rápida urbanização, não acompanhada pela criação de condições para um adequado escoamento das águas³⁶. Para mitigar o impacto das mudanças climáticas e outros desastres, o Governo criou, em dezembro de 2020, o Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres (INGD), instituição responsável pela coordenação da mitigação dos efeitos dos desastres no país.

GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Em Moçambique, os resíduos sólidos, como consequência da evolução do padrão de vida da população, representam um problema que afeta não só os centros urbanos, mas também as vilas e distritos, ao longo do território nacional, com graves consequências para o saneamento do meio e proliferação de doenças. O tratamento dos resíduos sólidos constitui ainda um desafio. Embora existam algumas iniciativas da sociedade civil nos grandes centros urbanos, que selecionam plástico, vidro e metal para reciclagem ou para a venda, o destino da maior parte dos resíduos sólidos são as lixeiras a céu aberto e os aterros controlados. Nas unidades sanitárias, o lixo hospitalar é descartado por incineração ou colocado em aterros sanitários.

GÊNERO

O país registrou consideráveis ganhos na promoção da igualdade de gênero, mas estes são passíveis de serem revertidos devido ao impacto dos fenômenos climáticos, à prevalência de conflitos, particularmente na região norte do país, e a fatores culturais. Os ganhos incluem a aprovação e o reforço de um conjunto de leis e estratégias que, entre outros, previnem e sancionam eficazmente a violência baseada no gênero, as uniões prematuras, e promovem a criação de um ambiente facilitador para a permanência da jovem na escola. No setor da educação, evidencia-se o alcance da paridade no ingresso de gênero com um aumento substancial do número de meninas na escola. Entretanto, no setor da saúde, a falta de empoderamento entre as adolescentes e as mulheres prejudica o desenvolvimento, por meio de níveis de fertilidade desfavoráveis, elevada mortalidade infantil e materna, baixos níveis de competências entre as mulheres e baixa produtividade das mulheres no mercado de trabalho. Em termos de gênero e desenvolvimento humano, o país aparece na posição 118 no conjunto de 166 países, fator que demonstra a prioridade que se tem dado a questões de igualdade de gênero. Não obstante permaneceram ainda muitos desafios, é notória a presença da mulher em todas as áreas políticas, econômicas e sociais, destacando-se a presença em todos os níveis de governação do país³⁷.

PARCERIAS E COLABORAÇÕES

Para fortalecer o SNS, Moçambique tem buscado parcerias e colaborações com organizações internacionais e agências de ajuda, visando à melhoria da infraestrutura de saúde, à capacitação de profissionais e à disponibilidade de recursos médicos essenciais. No período após a guerra dos 16 anos, impunha-se a reconstrução do país. Assim, assistiu-se a uma grande participação de Agências Internacionais de Cooperação, bem como de ONG, tendo sido registadas mais de duas centenas de organizações, sendo agora cada vez mais crescente o número de organizações nacionais.

A coordenação desses organismos revelou-se logo no princípio um grande desafio, pela dispersão de interesses, tendo o governo, para melhor coordenação, assinado o Código de Conduta de *Kaya Kwanga*. Este Código de Conduta, assinado em maio do ano 2000 e tendo sofrido várias revisões, materializa o compromisso do Ministério da Saúde, dos Parceiros de Cooperação, Sociedade Civil e Sector Privado de reforçar a parceria baseada em princípios, regras e procedimentos de consenso para alcançar os objetivos do setor da saúde, plasmados na Estratégia Nacional de Desenvolvimento, no Programa Quinquenal do Governo, na Política de Saúde, no Plano Estratégico do Sector da Saúde e nos demais documentos programáticos do setor.

REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

A regulação e fiscalização no setor de saúde é feita por várias instituições, sendo de destacar a Autoridade Nacional Reguladora do Medicamentos (ANARME), que desempenha as funções de regulamentação, supervisão, fiscalização, sancionamento e representação em conformidade com a Lei do Medicamento; a Ordem dos Médicos, que atua na regulação e na fiscalização da prática médica em Moçambique, garantindo que os médicos sigam as boas práticas e mantenham a qualidade do atendimento prestado à população, atuando também na promoção da formação contínua e na defesa dos direitos e interesses dos médicos no país; e a Ordem dos Enfermeiros, que visa regulamentar a vida administrativa e profissional dos enfermeiros, bem como dinamizar e mobilizar a profissão de enfermagem no país, defender a ética, a deontologia, a dignificação da classe e a qualificação profissional, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos indivíduos a uma enfermagem qualificada e humanizada.

ECONOMIA

Por altura da independência, Moçambique era um dos países mais pobres do mundo. Passados mais de 40 anos, embora a situação tenha melhorado significativamente, ela não retirou o país dessa categoria. Dotado de ricos e extensos recursos naturais, incluindo terras aráveis, fontes abundantes de água, energia, recursos minerais e vastos depósitos de Gás Natural Liquefeito (GNL), o país tem uma economia baseada principalmente na agricultura, estando o setor do turismo, pesca, setor da indústria extrativa, a indústria de fabricação de alimentos e a indústria de alumínio em franco crescimento. A taxa média de crescimento econômico anual do PIB do país tem sido das mais elevadas do mundo. Entretanto, as taxas de PIB per capita, IDH, desigualdade de renda e expectativa de vida têm estado entre os mais baixos em nível mundial. A recuperação econômica ganhou impulso com a Taxa de Crescimento do PIB, em 2023, de 5,4% e do PIB per capita, em 2023, de US\$ 646, impulsionada principalmente pelo início da produção de GNL na instalação *offshore de Coral South* na província de Cabo Delgado, no norte do país. O forte crescimento da agricultura e dos serviços, especialmente dos transportes, também contribuiu para a expansão da economia, compensando o impacto da menor atividade industrial e de construção. A dívida pública total diminuiu nos últimos anos e é considerada sustentável em uma perspectiva prospectiva. Os padrões internacionais recomendam destinar aproximadamente US\$ 86 per capita, sendo que Moçambique, no período entre 2016 e 2023, destinou entre US\$ 8 e US\$ 16 per capita em despesa pública interna e entre US\$ 13 e US\$ 25

em despesa pública em saúde³⁸. A taxa de inflação atingiu, nos últimos cinco anos, o máximo de 9,8% em 2022 e moderou-se para 7,1% em 2023 à medida que os preços globais das matérias-primas diminuíram.

A agricultura em Moçambique é a base da economia nacional, com uma contribuição média no PIB acima de 20% do total e emprega 80% da população ativa. Os setores de comércio e serviços de transportes e comunicações contribuem com uma média de 10% cada um. O setor da indústria extrativa tem mostrado um grande desempenho nos últimos anos, tendo passado de 2% em 2013 para um pouco mais de 7-8% entre 2018 e 2021.

A vastidão do território moçambicano não tem uma ampla rede de transportes que cubra todo o território. A rede nacional de estradas, em 2022, cobria 30.616 km de superfície, dos quais 8.268 km revestidos que correspondem a 27,0% e 22.348 km não revestidas, correspondentes a 73%. De acordo com os dados do INE, em 2022, foram registados, em nível nacional, 50.030 viaturas. O destaque vai para as ligeiras com 31.890 seguidas de pesadas com 10.639 registos. O ano de 2022 caracterizou-se pela redução no número de acidentes de viação em 104 casos, ao registarem-se 838 contra 942 registados em 2021, redução do número de mortos em 136 casos, feridos graves em 88 casos e feridos ligeiros em 15 casos.

Em relação a passageiros e cargas transportadas pelo sistema ferroviário, o tráfego de passageiros registou um crescimento de 80,9%, ao passar de 3.078 passageiros em 2021 para 5.569 em 2022, com um percurso médio por passageiro de 452 km. Em relação à mercadoria transportada, registou-se um aumento em 31,6%, e uma variação de 45,7% nas toneladas/quilômetros realizados³⁹.

Todas as capitais de província dispõem de aeroportos que recebem voos regulares, sendo a mais recente infraestrutura aeroportuária o aeroporto Filipe Jacinto Nyusi, inaugurado em 2021 na Cidade de Xai-Xai, capital da Província de Gaza. Vários outros distritos ao longo do país possuem também aeródromos de diferentes dimensões.

A construção de linhas dos caminhos de ferro em Moçambique, antes da independência nacional, obedeceu muito mais a uma lógica de abastecimento e escoamento dos territórios e países vizinhos sem acesso direto ao mar do que a uma lógica de interligação e serviço interno. Os principais portos localizam-se em Maputo, Beira e Nacala-Porto, havendo também pequenos desembarcadouros ao longo de todas as províncias costeiras do país.

Embora o transporte fluvial, lacustre e marítimo esteja a melhorar, os navios de grande porte são essencialmente dedicados ao transporte de carga. Os passageiros são frequentemente transportados em pequenas embarcações, muitas vezes sem a

observância de regras de segurança. Segundo o Jornal o País, em 2022, houve o registo de 129 pessoas que morreram, vítimas de acidentes que acorreram no mar e em rios, e 44 foram dadas como desaparecidas, resultantes de um total de 170 acidentes⁴⁰. O pior acidente marítimo de que há registo no país ocorreu em abril de 2024, quando uma embarcação de pesca, saída do Posto Administrativo de Lunga em direção à Ilha de Moçambique na província de Nampula, no norte do país, com 160 passageiros e carga, naufragou. No acidente, pereceram 90 pessoas. Segundo a administradora marítima naquele ponto do país, as vítimas fugiam dos rumores da disseminação da cólera naquela região, por pessoas mal-intencionadas⁴¹.

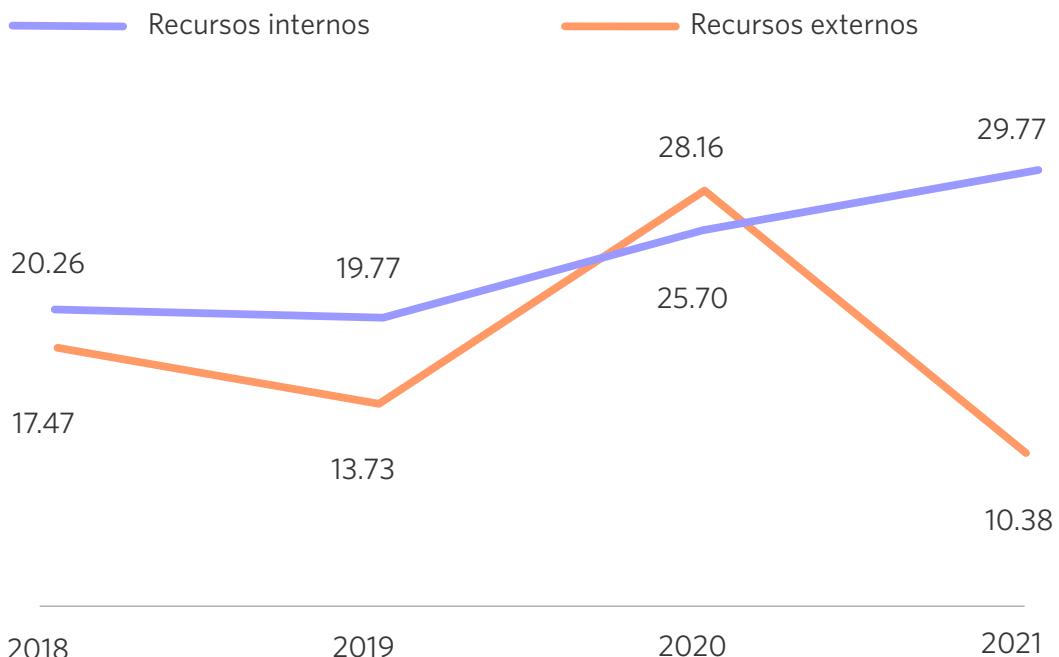
FINANÇAS DO SETOR DE SAÚDE

A guerra civil levou à destruição de centenas de centros de saúde. Quase a metade das áreas rurais em algumas províncias estiveram privadas de todos os serviços de saúde por muitos anos. Durante esse período, as despesas do governo em cuidados de saúde reduziram-se para 2% do orçamento nacional, refletindo a mudança de prioridades em detrimento da saúde à medida que o país lutava para se recuperar.

Mais recentemente, dados publicados pelo Fórum de Monitoria do Orçamento (2016) demonstram um incremento dos orçamentos: desde 2008, 61% dos recursos financeiros são utilizados em nível central, 31% em nível provincial e 8% em nível distrital⁴².

Orçamento do setor da saúde mostra-se longe de atingir o equilíbrio entre recursos internos e externos. O Relatório de Execução Orçamental (REO), do setor da saúde, correspondente ao I trimestre de 2021, mostra que os recursos mobilizados atingiram a fasquia de 40,1 milhões de Meticais, sendo que 29,7 milhões de Meticais (74% da dotação total) correspondem aos recursos internos e 10,3 mil milhões de Meticais (26% da dotação) compõem os recursos externos.

Quadro 2. Origem de recursos do setor de saúde (em mil milhões de MT e em %)



Fonte: Orçamento do Sector de Saúde 21⁴².

FUNDO COMUM DO SETOR DE SAÚDE (PROSAÚDE)

Os compromissos dos doadores para o apoio ao Fundo Comum do Setor de Saúde – ProSaúde correspondem a cerca de 27% da média dos últimos dez anos. O total de compromissos dos doadores, para o apoio ao Fundo Comum-ProSaúde, ascendeu a US\$ 15,2 milhões em 2021. Este montante corresponde a cerca 27% da média dos últimos dez anos (US\$ 55,5 milhões) e constitui, com o valor de 2020 (US\$ 14,7 milhões USD), o valor nominal mais reduzido, alimentando as receitas do setor. A proporção do financiamento dos doadores tem sido volátil e seguido uma tendência decrescente nos últimos anos, saindo dos US\$ 76,8 milhões (em 2011) para apenas US\$ 15,2 milhões (em 2021). Essa tendência reflete um declínio significativo das despesas de investimento externo. O total de receitas próprias, reportadas pelo setor da saúde, ascendeu à média anual de cerca de 453 milhões de Meticais nos últimos 10 anos. Ao longo desse período, as receitas corresponderam a uma média de 1,2% do orçamento disponível no setor⁴².

Apesar dos esforços na melhoria gradual do financiamento para a prestação de cuidados e serviços de saúde, o setor continua subfinanciado⁴³. Entretanto, a ausência

de transparência no Sistema Nacional de Saúde e a falta de responsabilização na utilização dos recursos públicos, para que os serviços prestados sejam mais abrangentes e robustos, têm sido mencionadas como problemas que corroem o setor.

CORRUPÇÃO

O país tem sido assolado por frequentes relatos de corrupção, sendo o caso mais gritante o das dívidas ocultas, também chamado de dívidas não declaradas, que se refere ao maior escândalo financeiro ocorrido no país entre 2013 e 2014. Nesse período, três empresas estatais moçambicanas contraíram empréstimos das filiais britânicas dos bancos de investimento Credit Suisse e VTB. Essas dívidas, no valor de mais de US\$ 2,7 milhões, foram supostamente destinadas a financiar projetos de vigilância marítima, pesca e estaleiros navais. No entanto, o parlamento moçambicano não tinha conhecimento desses empréstimos, e uma parte significativa do dinheiro foi usada para o pagamento de subornos. Tais dívidas, que abalaram a opinião pública e a economia do país, tiveram repercussões em todos os setores da sociedade ocasionando cortes dramáticos na despesa pública particularmente dos setores sociais. Por exemplo, as dívidas ocultas causaram a cada cidadão moçambicano por ano US\$ 10 a menos no setor de educação e US\$ 7 a menos no setor de saúde⁴⁴.

TERRORISMO

Por outro lado, depois de um curto período de acalmia no país, em 2017, em Cabo Delgado, no norte do país, uma província com uma longa costa marítima, com elevado potencial para o turismo, rica em recursos florestais, madeiras preciosas, gás e recursos minerais, deflagrou-se uma insurgência, provocada por grupos armados, que tem provocado até a atualidade uma grave crise humanitária, com a perda de vidas (mais de 2 mil mortos), de meios de subsistência, deslocamento generalizado das populações (cerca de 700 mil deslocados), destruição infraestruturas sociais e econômicas, constituindo uma verdadeira ameaça à paz e ao desenvolvimento do país⁴⁵.

SAÚDE DIGITAL

Segundo informações prestadas no 47º Conselho Coordenador de Saúde, realizado na província de Nampula, Distrito de Nacala a Velha, em maio de 2024, está em desenvolvimento uma estratégia da saúde digital em Moçambique. No entanto, existem algumas iniciativas de saúde digital em curso no país. A informatização dos processos de gestão clínica e administrativa já está consolidada no mais recente Hospital Central do país, inaugurado em 2017 em Quelimane, e está ainda em desenvolvimento em outras unidades hospitalares. Entretanto, a telessaúde, a telemedicina, a informatização

dos processos clínicos, o uso de telefones celulares, tablets para transmissão de dados estatísticos e recepção de resultados de laboratório ou de radiologia estão em curso no país, em particular no Hospital Central de Maputo, onde também são implementadas algumas iniciativas de uso de inteligência artificial para pesquisa e treino em cirurgia laparoscópica⁴⁶.

RECURSOS HUMANOS

Com a independência nacional, Moçambique sofreu uma saída massiva de profissionais em todos os setores da economia, criando uma crise de recursos humanos sem precedentes. No setor da saúde, com mais de 500 médicos antes da independência, ficaram pouco mais de oito dezenas, que estavam colocados nos maiores centros urbanos, sobretudo na cidade capital. Como solução, o país foi obrigado a buscar alternativas nos países amigos, tendo sido recrutados centenas de médicos e outras categorias profissionais, comumente designados de cooperantes, de países como a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, Cuba, China, República Democrática Alemã, Suécia, Itália, Guiné Conacri, Zâmbia, entre outros. Com apenas uma escola de formação de médicos e abraçando os princípios de Alma-Ata, para implementação dos Cuidados de Saúde Primários, foi intensificada a formação de profissionais de saúde alternativos, para cobrir a vastidão territorial do país. Nesse quadro, foram treinados técnicos de medicina curativa e técnicos de cirurgia, profissionais com o nível médio e outras categorias profissionais, para responder às necessidades de prestação de serviços de saúde⁴⁷.

Os técnicos de cirurgia, com a falta de médicos, e considerando as elevadas taxas de mortalidade materna, falta de acesso aos serviços de saúde por destruição massiva das unidades sanitárias, foram treinados para responder a situações cirúrgicas de urgência, particularmente nas zonas rurais, com um maior enfoque para as urgências obstétricas e traumatismos resultantes da guerra. O recrutamento desses profissionais era feito no seio de enfermeiros experientes, que mostrassem interesse ou aptidão para desempenhar essas atividades. Mais de 40 anos do início desse programa e devido ao seu tremendo sucesso, ele continua existindo em moldes diferentes, sendo agora a formação de nível superior, no Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA)⁴⁷.

Dados estatísticos de 2021 sobre RHS indicam que o rácio de profissionais de saúde por 10 mil habitantes em Moçambique é de 12, sendo o padrão recomendado pela OMS de 46 profissionais de saúde por 10 mil habitantes. Em relação a rácio de médicos, enfermagem e Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil (ESMI) por 10 mil habitantes, é de 9, sendo que o padrão recomendado pela OMS para esse indicador é de 23 por 10 mil habitantes. Atualmente, com mais de 5 instituições superiores para formação

de médicos, mais de 20 instituições de formação e enfermeiros e outros profissionais de saúde, o número de profissionais de saúde formados tem crescido substancialmente, mas o país enfrenta sérios constrangimentos financeiros para uma rápida absorção dos quadros de saúde logo após a sua graduação. Até o ano de 2021, o Subsistema Público de Saúde contava com 64.530 recursos humanos para saúde, sendo o rácio de 205,1/100 mil habitantes, dos quais 64.081 eram de nacionalidade moçambicana, e 449, de nacionalidade estrangeira. Esse número corresponde a um aumento de 8,9% (5.266) da força de trabalho quando comparado com o ano de 2020. Os Ráculos de Técnicos de Saúde por 100 mil habitantes para os cerca de 2.700 médicos é 8,5/100 mil habitantes, para os 10.268 Enfermeiros, é 33,37/100 mil habitantes, e para as 7.278 ESMI, é 56/100 mil habitantes⁴⁸.

A disponibilidade de pessoal qualificado tem aumentado nos últimos anos, tendo superado o dobro de trabalhadores entre os anos 2000 e 2010 (15.920 para 34.507), graças à implementação do Plano Acelerado de Formação 2006-2009 e ao Plano Nacional de Formação 2011-2015, que contemplou essencialmente a construção de novas Instituições de Formação e o aumento de salas de aulas nas instituições já existentes, o que elevou a capacidade de formação em cerca de um terço, entre 2004 e 2010, bem como a introdução de cursos adicionais para as categorias críticas de apoio (gestão financeira, gestão de recursos humanos, logística etc.). A fuga de recursos humanos da saúde para o exterior do país nunca foi um problema relevante em Moçambique. Os principais motivos de perdas (2,5% dos trabalhadores em 2010) são as aposentações e as saídas voluntárias, particularmente para o setor privado e para as ONG⁴⁸. Os resultados do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infraestruturas indicam que, em Moçambique, a maioria dos trabalhadores de saúde qualificados está localizada na capital, cidade de Maputo, onde a densidade da força de trabalho é mais alta, com 22,52 trabalhadores de saúde por 10 mil habitantes. No entanto, a cidade de Maputo ainda não tem uma força de trabalho suficiente para atender às necessidades essenciais em saúde, muito menos para alcançar uma alta cobertura de serviços de saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários. A densidade da força de trabalho não varia muito entre as restantes províncias, com menos de 50% das províncias com uma densidade de força de trabalho abaixo de 2,97 trabalhadores de saúde por 10 mil habitantes⁴⁹.

No âmbito da Gestão de Recursos Humanos e visando minimizar as iniquidades em termos salariais entre os funcionários públicos, o governo aprovou a Lei nº 5/2022⁵⁰, que define as regras e os critérios para a fixação de remuneração dos servidores públicos, dos titulares ou membros de órgãos públicos e dos titulares e membros dos

órgãos da Administração da Justiça, designada por Tabela Salarial Única (TSU), alterada e republicada pela Lei nº 14/2022⁵¹, cuja implementação efetiva iniciou no mês de outubro de 2022. A nova TSU, que entrou em vigor 2022, surgiu da necessidade de o governo harmonizar as diferentes tabelas de salários vigentes na Administração Pública, caracterizadas por discrepâncias remuneratórias dentro das mesmas carreiras e em função do setor onde os Funcionários e Agentes do Estado estão afetos. O sistema de remunerações que estava em vigor era de difícil gestão, por incluir múltipla legislação, que abarcava mais de 11 leis, 10 decretos, 8 diplomas ministeriais e 15 despachos conjuntos; cerca de 103 tabelas salariais; 5.625 salários diferentes; 35 suplementos salariais; 322 qualificadores de funções e carreiras profissionais. Com a aplicação da TSU, o governo espera eliminar, em médio e longo prazo, os desequilíbrios existentes (Leis nº 5/2022⁵⁰ e nº 7/2023⁵²). Sendo um processo novo, no setor de saúde, vozes reivindicando melhores enquadramentos no que diz respeito a subsídios de risco, trabalho extraordinário, trabalho noturno e trabalho em regime de turnos foram emergindo. Aliadas a esses fatos, também são muito audíveis reivindicações relativas às condições de trabalho, o que tem levado à ocorrência de manifestações e paralisações laborais que afetam a prestação de serviços⁵³. No setor de saúde, em 2023-2024, ocorreram, de modo faseado, mais de seis paralisações com diferentes níveis de adesão, mas com implicações na qualidade dos serviços prestados.

SOCIEDADE CIVIL

A sociedade civil ainda incipiente, mas cada vez mais ativa no país, tem monitorado a situação da saúde por meio de vários mecanismos. Por exemplo, o Centro de Integridade Pública (CIP), associação criada em 2005 com o objetivo de contribuir para a promoção da transparência, anticorrupção e integridade em Moçambique, tem-se debruçado sobre vários assuntos de saúde, tendo publicado, em 2019, um Relatório sobre Logística de Medicamentos. O Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector de Saúde (OCS) também tem mantido uma participação ativa no debate atinente ao setor de saúde, assim como para a garantia dos Direitos Humanos e criação de mecanismos para a formação de uma cidadania crítica e suficientemente informada sobre os serviços públicos de saúde em Moçambique.

CONCLUSÃO

Apesar de ter uma das economias de crescimento mais rápido na África Subsaariana entre 2000 e 2015, a criação de emprego, a redução da pobreza e a acumulação de capital humano ainda são limitadas, com a maior parte da riqueza substancial ge-

rada a beneficiar apenas setores limitados da economia. Com um IDH baixo, o país enfrenta constrangimentos para uma maior cobertura dos serviços essenciais e para uma cobertura universal da saúde. Os serviços básicos de saúde são prestados de forma assimétrica em todo o país, gerando desigualdades espaciais, com mecanismos limitados para proteger os mais vulneráveis, o que é agravado pelas mudanças climáticas e desestabilização. As desigualdades de gênero e a falta de empoderamento entre as meninas e as mulheres têm também uma grande influência no crescimento demográfico, níveis de mortalidade e de doença.

A estabilidade política e a paz efetiva são, certamente, elementos críticos para o desenvolvimento, pois, em quase 50 anos de independência, o país nunca conheceu uma paz verdadeira. O subfinanciamento do setor de saúde ocasiona a escassez de recursos humanos qualificados e infraestrutura adequada, para uma cobertura universal dos serviços de saúde. Desenvolvimentos recentes mostram uma grande insatisfação por parte dos profissionais de saúde, com paralisações frequentes das atividades laborais cuja solução passaria por um incremento do financiamento do setor, sobretudo pela eliminação de eventuais focos de corrupção, melhor planificação e utilização de recursos. As mudanças climáticas constituem uma séria ameaça e carecem de intervenções mais robustas para tornar as populações mais resilientes aos efeitos nefastos dessas situações. O contexto político democrático proporciona certa estabilidade, sendo necessária a participação cada vez mais ativa de uma sociedade civil forte e informada. Não obstante todos os esforços de desenvolvimento, suas riquezas naturais e potencial econômico, Moçambique permanece ainda como um dos mais pobres.

REFERÊNCIAS

1. República Popular de Moçambique. Departamento de Informação e Propaganda da Frelimo. Defender, consolidar e valorizar as nacionalizações. Circular da Sede Nacional da Frelimo para os Grupos Dinamizadores por ocasião do 1º aniversário das nacionalizações. Moçambique, Maputo: Departamento de Informação e Propaganda da Frelimo; 1976.
2. República Popular de Moçambique. Decreto-Lei n.º 1/75 de 29 de julho. Define as tarefas e funções que cabem a cada Ministério na realização do programa geral de actividades do Conselho de Ministros. Boletim da República de Moçambique. 1975 jul 29.

3. Martins H. Crónicas dum Insubmisso, Maputo: Alcance Editores; 2024. V. 2.
4. Escola de Moçambique. Guerra Civil de Desestabilização – 1976-1992 e as consequências [Internet]. Escola de Moz. 2020 mar 3 [citado 2024 jul 30]. Disponível em: <https://www.escola-demoz.com/2020/03/guerra-de-desestabilizacao-1976-1992-e.html>
5. Brito L. Multipartidarismo, geografia do voto e descentralização em Moçambique. In: Chichava S. Desafios para Moçambique, 2019 [Internet]. Maputo: IESE; 2019 [citado 2024 jul 20]. p. 45-54. Disponível em: https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2020/02/Desafios_2019.pdf
6. Saide MAO, Stewart DE. Decentralization and human resource management in the health sector: a case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique. Int J Health Plann Manage. 2001;16(2):155-68. DOI: [10.1002/hpm.620](https://doi.org/10.1002/hpm.620)
7. República Popular de Moçambique. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Maputo: Ministério da Saúde; 2013.
8. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Anuário Estatístico 2021- Moçambique Statistical Yearbook 2021 – Mozambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.
9. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito sobre o Orçamento familiar – IOF 2022: Relatório Final [Internet]. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2023 [acesso em 2024 jul 20]. Disponível em: <https://www.rosco.org.mz/index.php/documentos/relatorios/40-inquerito-sobre-orcamento-familiar-2022/file>
10. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Decreto n.º 54/2008 de 30 de Dezembro. Redefine o âmbito de actuação, o conjunto das competências e as regras de nomeação dos Secretários Permanentes dos Ministérios. Boletim da República de Moçambique. 2008 dez 30.
11. Instituto Nacional de Saúde (MZ). Relatório de Avaliação das Actividades dos Agentes Polivalentes Elementares na Província da Zambézia. Plataforma da Saúde da Mulher, Criança e Nutrição Observatório Nacional de Saúde Marracuene. Marracuene: Instituto Nacional de Saúde; 2020.
12. República Popular de Moçambique. Ministério da Saúde. Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares. Maputo: Ministério da Saúde; 2010.
13. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Decreto n.º 9/92 de 26 de Maio. Aprova o Regulamento de Prestação de Cuidados de Saúde por Entidades Privadas - Revoga o Decreto n 31/89 de 10 de Outubro. Boletim da República de Moçambique. 1992 maio 26.
14. Fernandes A. Contribuições para a História de Moçambique por Aires Sartro Fernandes

- 30 anos como médico em Moçambique. Associação de Médicos de Moçambique. Intervenção do autor no Dia dos Médicos, de 2006. Moçambique: AMM; 2006. (Série de 3 artigos publicados nas edições do «Canal de Moçambique» n. 42, de 5 de Abril, n. 43, de 6 de Abril, e n. 44, de 10 de Abril de 2006).
- 15. República Popular de Moçambique. Conselho de Ministros. Resolução n.º 11/2004 de 14 de Abril. Boletim da República de 14 de Abril. Aprova a Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação. Boletim da República de Moçambique. 2004 abr 14.
- 16. Country Meters. Relógio da População de Moçambique [Internet]. Country Meters. 2024 [cited 2024 jul 9]. Disponível em <https://countryometers.info/pt/Mozambique>.
- 17. Instituto Nacional de Estatística (MZ). IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017 Indicadores Sócio-demográficos Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.
- 18. United Nations Development Programme. Human Development Report 2023/2024. Breaking the Gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world [Internet]. New York: UNDP; 2024 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.undp.org/sites/2024/report.hdr.undp.org>
- 19. Instituto Nacional de Estatística; DHS Program ICF. Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2022-23: Relatório Definitivo. Maputo, Moçambique; Rockville, Maryland: INE, ICF; 2023.
- 20. Instituto Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Estatística; Johns Hopkins University. Sistema de Vigilância de Eventos Vitais e Causas de Morte (COMSA), Moçambique: INE, INS, JHU; 2023.
- 21. Gaspar MDC, Cossa HA, Santos CR, Manjate RM, Schoemaker J. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Maputo, Moçambique; Calverton, Maryland; Instituto Nacional de Estatística, Macro International Inc.; 1998.
- 22. Instituto Nacional de Estatística; Ministério da Saúde. Inquérito Demográfico e de Saúde 2003 (Mozambique). Maputo: INE; 2012.
- 23. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Estatística; ICF International. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland: MISAU, INE, ICFI; 2012.
- 24. Pretorius C, Schnure M, Dent J, Glaubius R, Mahiane G, Hamilton M, et al. Modelling impact and cost-effectiveness of oral pre-exposure prophylaxis in 13 low-resource countries. J Int AIDS Soc. 2020;23(2):e25451. DOI: [10.1002/jia2.25451](https://doi.org/10.1002/jia2.25451)
- 25. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Semestral-2023 das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Maputo: Ministério da Saúde; 2023.

26. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2009.
27. Ministério da Saúde (MZ), Direção Nacional de Saúde Pública. Boletim Diário da Cólica [Internet]. Maputo: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 ago 7]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/mozambique/boletim-diario-da-colera-data-04082024-pt>
28. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022 [Internet]. Garnier: IARC; 2024 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
29. Organização Mundial de Saúde. Plano Estratégico Regional para as Doenças Tropicais Ne-gligenciadas na Região Africana. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África; 2013.
30. World Health Organizatios. COVID 19- Dashboard. COVID-19 cases [Internet]. WHO; 2024 [cited 2024 Jul 18]. Available from: <http://www.covid19.who.int>
31. Ministério da Saúde (MZ), Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Alargado de Vacinação. Plano Nacional de Vacinação contra a Covid 19 em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde; 2021.
32. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade 2007/08. Maputo: INE; 2008
33. Instituto Nacional de Saúde (MZ). Lançados relatórios sobre causas de morte em Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Saúde; 2023 maio 19 [cited 2024 jul 29]. Disponível em: <https://ins.gov.mz/lancados-relatorios-sobre-causas-de-morte-em-mocambique/>
34. Climate Risk Dataset. The end-to-end climate risk solution [Internet]. Verisk Maplecroft. 2024 [cited 2024 Jul 4]. Available from: <http://maplecroft.com/about/news/ccvi.html>
35. Ministério da Terra e do Ambiente (MZ). Plano Nacional de Adaptação de Moçambique. Direção Nacional das Mudanças Climáticas. Maputo: Ministério da Terra e do Ambiente; 2023.
36. Ministério da Terra e do Ambiente (MZ). Estratégia Nacional de adaptação e mitigação de mudanças climáticas. Moçambique, Maputo: Ministério da Terra e do Ambiente; 2012.
37. Ministério do Género, Criança e Acção Social (MZ). Perfil de Igualdade de Género de Moçambique. Maputo: Ministério do Género, Criança e Acção Social; 2022.
38. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jul 8]. Available from:

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>

39. Instituto Nacional de Estatística (MZ). Estatísticas dos Transportes e Comunicações – 2022. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2022.

40. Mboane N. Mais de 120 pessoas morreram vítimas de sinistros marítimos em 2022. O País [Internet]; 203 jan 13 [citado 2024 jul 9]. Disponível em <https://opais.co.mz/mais-de-120-pessoas-morreram-vitimas-de-sinistros-maritimos-em-2022>

41. Folha de Maputo. Decretado luto nacional pela tragédia da Ilha de Moçambique. Folha de Maputo [Internet]; 2024 abr 10 [citado 2024 jul 9]. Disponível em <https://www.folhademaputo.co.mz/>.

42. Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector da Saúde. Financiamento e gastos públicos 2021: Orçamento do sector da saúde (Consultado em 14 de Junho de 2024). Disponível em <https://www.observatoriodesauda.org/financiamento-e-gastos-publicos-2021-orcamento-do-sector-da-saude>.

43. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Anual de Balanço do Sector de Saúde, 2018. Maputo: Ministério da Saúde; 2018.

44. Centro de Integridade Pública. Custos e Consequências das Dívidas Ocultas para Moçambique. Um caso de corrupção global com consequências devastadoras para Moçambique [Internet]. Maputo: Centro de Integridade Pública; 2021 maio 27 [citado 2024 maio 24]. Disponível em: <https://www.cipmoz.org/wp-content/uploads/2021/05/Dividas-Ocultas-LANC%CC%A7AMENTO.pdf>

45. Chongo AN, Chone BFD. O terrorismo em Cabo Delgado como um factor de ameaça à segurança na África Austral [Internet]. Maputo: Centro de Análise Estatística da CPLP (CAECPLP) [citado 2024 jul 9]. Disponível em www.caecplp.org

46. Ministério da Saúde (MZ). Comunicação do Doutor Eduardo Samo Gudo no 49º Conselho Coordenador de Saúde realizado no Distrito de Nacala a Velha em de 2024. Saúde Digital; 2024.

47. Mocumbi P. 'Técnicos de cirurgia—assistant medical officers trained for surgery in Mozambique'. In: Omaswa F, Crisp N, editors. African Health Leaders: Making Change and Claiming the Future [Internet]. Oxford: Oxford Academic, 2015 [cited 2024 jul 5]. Available from: <http://loginresearch4life.org/tacsgr1doi.org/>

48. Ministério da Saúde (MZ). Relatório Anual 2021 – Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde; 2021.

49. Ministério da Saúde (MZ). SARA 2018 Inventário Nacional: Infraestruturas, Equipamentos, Recursos Humanos, Serviços de Saúde. Maputo: Ministério da Saúde; 2018.
50. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 5/2022 de 14 de Fevereiro. Define as regras e os critérios para a fixação de remuneração dos serviços públicos, dos titulares ou membros de órgão público e dos titulares e membros dos órgãos da Administração da Justiça e aprova a Tabela Salarial Única (TSU). Boletim da República de Moçambique. 2022 fev 14.
51. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 14/22 de 10 de outubro. Altera e republica a Lei n.º 5/2022, de 14 de Fevereiro que define as regras e os critérios para a fixação de salário e remuneração dos servidores públicos, dos titulares ou membros de órgão público e dos titulares e membros dos órgãos da Administração da Justiça e aprova a Tabela Salarial Única (TSU). Boletim da República de Moçambique. 2022 out 10.
52. República Popular de Moçambique. Assembleia da República. Lei n.º 7/2023 de 9 de julho. Boletim da República de Moçambique. 2023 jul 9.
53. Manguele ALJ, Craveiro I, Sidat M, Sengo DB, Cabral AJR, Ferrinho P. A look back at the strike by Mozambican doctors in 2013: what can we learn? BMC Health Serv Res. 2024;24:1510. DOI: [10.1186/s12913-024-11998-7](https://doi.org/10.1186/s12913-024-11998-7)

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

www.conass.org.br/biblioteca





A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS – A PRECARIDADE DAS VITÓRIAS ALCANÇADAS

*THE EVOLUTION OF THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM - THE
PRECARIOUS NATURE OF THE SUCCESSES ACHIEVED*

*L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE PORTUGAIS - LA PRECARITE DES
SUCCES OBTENUS*

André Beja¹
Paulo Ferrinho²

1. andre.beja@ihmt.unl.pt. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

2. p ferrinho@ihmt.unl.pt. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Ao longo dos últimos 50 anos, Portugal consolidou um Sistema de Serviços de Saúde (SSS) que tem no Serviço Nacional de Saúde (SNS) o seu pilar central, reservando aos atores privados e sociais um papel de complementaridade que tem vindo a variar com a expansão desses setores. Neste capítulo, fazemos uma revisão da evolução do SSS, dando especial atenção ao aparecimento do SNS no contexto das mudanças socio-políticas iniciadas com o 25 de abril de 1974, e ao seu desenvolvimento no último meio século, procurando destacar, sem uma preocupação de exaustividade, as reformas mais significativas e alguns dos condicionalismos que marcaram este percurso. A afirmação do SNS contribuiu para a melhoria generalizada das condições socioeconómicas e para a redução das desigualdades sociais, permitindo a obtenção de ganhos em saúde que põem o país em um lugar de destaque no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos. Esses ganhos e essa consolidação fizeram-se de avanços e recuos, de consensos e desavenças, mas assentam em uma ampla aceitação pela sociedade de que a saúde é um bem público. Apesar da expansão observada na atividade e na capacidade instalada dos setores privado e social da saúde, são essa centralidade e esse consenso em torno do papel do setor público que ajudam a explicar que a análise da história do SSS português e a discussão sobre as suas reformas acabem por ter o SNS como enfoque principal. Embora nenhuma força política defendia abertamente a extinção do SNS nem ponha em causa o seu caráter universalista, o desejo de proceder à sua reforma foi sendo inscrito nos programas dos diferentes governos, motivando múltiplas iniciativas legislativas e intensos debates centrados, entre outros, sobre os elementos estruturantes do SNS, nomeadamente os cuidados de saúde primários; os cuidados diferenciados; a reorganização e expansão da rede hospitalar; as urgências, incluindo as pré-hospitalares; os cuidados continuados (desde 2006); e, mais recentemente, os cuidados paliativos; a sua organização em uma rede integrada, experimentada com recursos a vários modelos de governação do sistema de saúde, com maior ou menor centralização na tomada de decisão, em um contexto de crescimento de um setor privado comercial ligado à saúde; os fatores de produção em particular os recursos humanos do setor, os medicamentos, os meios de diagnóstico e terapêutica, as tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação; os modelos de financiamento que, todos sem exceção, têm pecado pela falta de reconhecimento das despesas com a saúde como um investimento no desenvolvimento econômico, humano e social, reduzindo as contas da saúde a escrutínios financeiros que ignoram o verdadeiro impacto dessas despesas, em uma ausência de uma verdadeira análise de custo-benefício. O percurso descrito, as mudanças de prioridades e de estratégia e os atrasos constatados

nas reformas do setor da saúde refletem as prioridades de cada ciclo político, tendo sido influenciadas por fatores contextuais, pelas agendas políticas dos decisores e por condicionalismos externos, cada vez mais permeáveis à globalização do setor da saúde, em particular a sua integração em uma possível União Europeia da Saúde. No entanto, refletem também a disputa, sempre presente, em torno da natureza do SNS e da responsabilidade do Estado sobre a saúde das populações.

Palavras-chave: Portugal, Serviço Nacional de Saúde, cuidados de saúde primários, reformas do sistema de saúde, investimentos em saúde.

Abstract

Over the last 50 years, Portugal has consolidated a Health Services System (HSS) that has the National Health Service (NHS) as its central pillar, reserving a complementary role for the private and social actors that has varied with the expansion of these sectors. In this chapter, we review the evolution of the HSS, paying special attention to the emergence of the NHS in the context of the socio-political changes that began with the 25th of April 1974, and its development over the last half century, trying to highlight, without being exhaustive, the most significant reforms and some of the constraints that have marked this journey. The strengthening of the NHS has contributed to a generalized improvement in socio-economic conditions and a reduction in social inequalities, making it possible to achieve health gains that put the country in a prominent position in terms of the quality of life of millions of citizens. These gains and consolidation have been the result of advances and setbacks, consensus and disagreements, but they are based on a broad acceptance by society that health is a public good. Despite the expansion observed in the activity and installed capacity of the private and social health sectors, it is this centrality and consensus around the role of the public sector that help explain why the analysis of the history of the Portuguese HSS and the discussion about its reforms end up having the NHS as the main focus. Although no political force openly defends the extinction of the NHS or questions its universalist nature, the desire to reform it has been included in the programs of different governments, motivating multiple legislative initiatives and intense debates centered, among others, on the structuring elements of the NHS, namely primary health care; differentiated care; the reorganization and expansion of the hospital network; emergency care, including pre-hospital care; long-term care (since 2006); and, more recently, palliative care; its organization into an integrated network, experimented with using various models of health system governance, with greater or lesser centralization in decision-making, in a context of the growth of a commercial priva-

te sector linked to health; the factors of production, in particular the sector's human resources, medicines, diagnostic and therapeutic means, information and communication technologies and information systems; the financing models which, all without exception, have failed to recognize health expenditure as an investment in economic, human and social development, reducing health accounts to financial scrutiny that ignores the true impact of this expenditure, in the absence of a true cost-benefit analysis. The path described, the changes in priorities and strategy, and the delays in health sector reforms reflect the priorities of each political cycle, having been influenced by contextual factors, the political agendas of decision-makers and external constraints, which are increasingly permeable to the globalization of the health sector, in particular its integration into a possible European Health Union. However, they also reflect the ever-present dispute over the nature of the SNS and the state's responsibility for people's health.

Keywords: Portugal, National Health Service, primary health care, health system reforms, investments in health.

Résumé

Au cours des 50 dernières années, le Portugal a consolidé un système de services de santé (SSS) dont le pilier central est le Service national de santé (SNS), réservant aux acteurs privés et sociaux un rôle complémentaire qui a varié en fonction de l'expansion de ces secteurs. Dans ce chapitre, nous passons en revue l'évolution du SSS, en accordant une attention particulière à l'émergence du SNS dans le contexte des changements sociopolitiques qui ont débuté le 25 avril 1974, et à son développement au cours du dernier demi-siècle, en essayant de mettre en évidence, sans être exhaustif, les réformes les plus significatives et certaines des contraintes qui ont marqué ce parcours. L'affirmation de la SNS a contribué à l'amélioration généralisée des conditions socio-économiques et à la réduction des inégalités sociales, permettant des gains de santé qui placent le pays dans une position de premier plan en termes de qualité de vie pour des millions de citoyens. Ces progrès et cette consolidation ont été faits d'avancées et de reculs, de consensus et de désaccords, mais ils reposent sur une large acceptation par la société que la santé est un bien public. Malgré l'expansion observée dans l'activité et la capacité installée des secteurs privé et social de la santé, c'est cette centralité et ce consensus autour du rôle du secteur public qui permettent d'expliquer pourquoi l'analyse de l'histoire du SSS portugais et la discussion de ses réformes finissent par avoir le SNS comme centre d'intérêt principal. Bien qu'aucune force politique ne prône ouvertement l'extinction du SNS ou ne remette en cause son caractère universaliste, la volonté de le

réformer a été inscrite dans les programmes des différents gouvernements, motivant de multiples initiatives législatives et d'intenses débats centrés, entre autres, sur les éléments structurants du SNS, à savoir les soins de santé primaire; les soins différenciés; la réorganisation et l'expansion du réseau hospitalier; les soins d'urgence, y compris les soins préhospitaliers; les soins de longue durée (depuis 2006); et, plus récemment, les soins palliatifs; son organisation en réseau intégré, expérimentée selon différents modèles de gouvernance du système de santé, avec une centralisation plus ou moins grande de la prise de décision, dans un contexte de croissance du secteur privé commercial lié à la santé; les facteurs de production, notamment les ressources humaines du secteur, les médicaments, les moyens diagnostiques et thérapeutiques, les technologies de l'information et de la communication et les systèmes d'information; les modèles de financement qui, tous sans exception, ont péché en ne reconnaissant pas les dépenses de santé comme un investissement dans le développement économique, humain et social, réduisant les comptes de la santé à un examen financier qui ignore l'impact réel de ces dépenses, en l'absence d'une véritable analyse coût-bénéfice. Le parcours décrit, les changements de priorités et de stratégie et les retards dans les réformes du secteur de la santé reflètent les priorités de chaque cycle politique, ayant été influencés par des facteurs contextuels, les agendas politiques des décideurs et les contraintes externes, qui sont de plus en plus perméables à la mondialisation du secteur de la santé, en particulier à son intégration dans une éventuelle Union européenne de la santé. Cependant, elles reflètent également le conflit permanent sur la nature de la SNS et la responsabilité de l'État en matière de santé publique.

Mots clés: Portugal, services nationaux de santé, soins de santé primaires, réformes du système de santé, investissements dans la santé.

INTRODUÇÃO

O Estado português tem a obrigação constitucional de garantir o acesso aos cuidados de saúde, com cobertura efetiva do país e justiça nas contribuições financeiras, bem como de regular a adequação da prestação empresarial e privada de cuidados de saúde, a utilização de produtos de saúde e o desempenho das profissões¹.

Além de consagrar de forma explícita a saúde como um direito de cidadania, a Constituição democrática de 1976 instituiu a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como pilar do Sistema de Serviços de Saúde (SSS) e da responsabilidade cres-

cente do Estado nessa matéria, reservando aos profissionais liberais e às entidades privadas, com e sem fins lucrativos (também designados de setor social), um papel supletivo da resposta pública¹.

Ao longo das últimas décadas, o SSS português tem-se desenvolvido em torno dessa arquitetura, sendo atualmente constituído por quatro componentes coexistentes:

- O SNS, que pode ser definido como o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, sendo maioritariamente financiado por impostos diretos e indiretos;
- Três subsistemas de caráter público com elevado nível de autonomia e diferenciação na capacidade de prestar cuidados que, em estreita articulação com o SNS, dão resposta a populações e contextos específicos
 - » Os serviços de saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, tutelados pelos respetivos governos regionais;
 - » Os serviços de saúde prisionais, tutelados pelo Ministério da Justiça;
 - » O sistema de saúde militar, tutelado pelo Ministério da Defesa.
- Diversos subsistemas de saúde, públicos e privados, estruturados em torno de regimes especiais de seguro obrigatório para determinadas profissões;
- Um complexo de serviços prestados por profissionais liberais ou por entidades do setor privado e social, financiados por mecanismos de convenção com o SNS ou por meio de pagamentos diretos por parte dos utentes e/ou por seguros de saúde privados, de caráter voluntário.

Neste capítulo, fazemos uma revisão da evolução do SSS em Portugal com um enfoque especial nos últimos 50 anos e no desenvolvimento do SNS, desde a revolução de 25 de abril de 1974, procurando destacar, sem uma preocupação de exaustividade, as reformas mais significativas e alguns dos condicionalismos que marcaram esse percurso.

COMO EVOLUIU O PAÍS

Nesses 50 anos, a população aumentou de 9,06 para 10,64 milhões de habitantes. Foi na segunda metade nos anos 1970 que o crescimento populacional foi mais intenso, devido ao impacto do final da guerra que, há mais de uma década, decorria no território das, até então, colónias portuguesas de Angola, Guiné Bissau e Moçambique, com a dinâmica populacional a ser afetada pela redução verificada na emigração e pela chegada de cerca de 600 mil pessoas oriundas de África, na sequência do processo de descolonização. Em 2023, a taxa de crescimento populacional foi de 1,16% devido a um saldo migratório positivo, verificando-se que a imigração não só ajuda a contrariar o

envelhecimento demográfico (Figura 1) como também contribui significativamente para sustentar alguns setores da economia e para garantir a sustentabilidade dos sistemas de segurança social²⁻⁴.

Figura 1. Taxa de crescimento populacional com e sem imigrantes (Portugal 1950-2023)

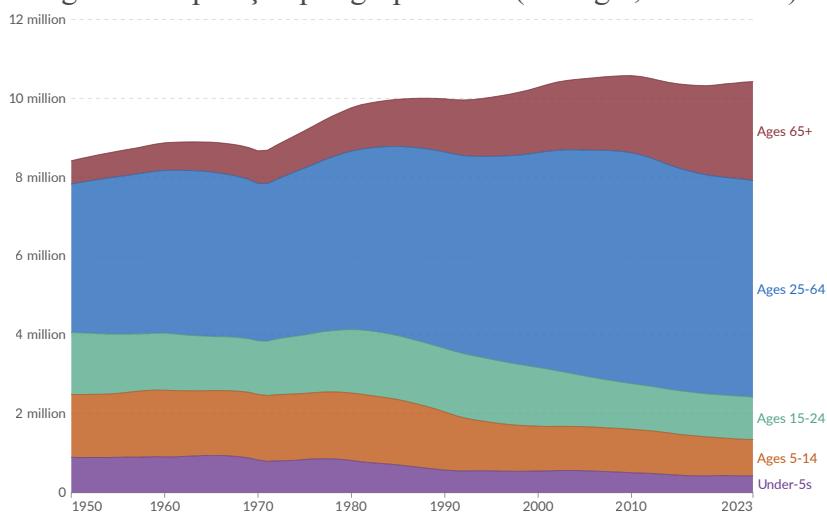


Fonte: UN – World Population Prospects 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org | CC BY.

Essa população vive cada vez mais em zonas urbanas, com um aumento de 40% para 67% entre 1974 e 2022, particularmente no litoral, fenômeno acompanhado pela melhoria generalizada das condições de habitabilidade. Em 1970, mais de 36% dos alojamentos familiares não possuíam eletricidade, cerca de 42% não tinham esgotos e quase 53% não tinham água canalizada, realidades que, não tendo sido completamente erradicadas, são hoje residuais³⁻⁵.

O crescimento da população foi acompanhado por uma acentuada diminuição da taxa de natalidade, que passou de 19,6‰ em 1974 para 8,1‰ em 2022. Paralelamente, a taxa de mortalidade registrou ligeiras variações ao longo desse período, sendo de 11,1‰ em 1974 e 11,2‰ em 2022, tendo-se mantido sempre abaixo de 10‰ entre 1975 e 2020. A variação desses indicadores traduziu-se no envelhecimento da estrutura etária da população, tendo a percentagem de habitantes com 65 anos ou mais crescido de cerca de 10% em 1974 para 24% em 2023 (Figura 2)³⁻⁵.

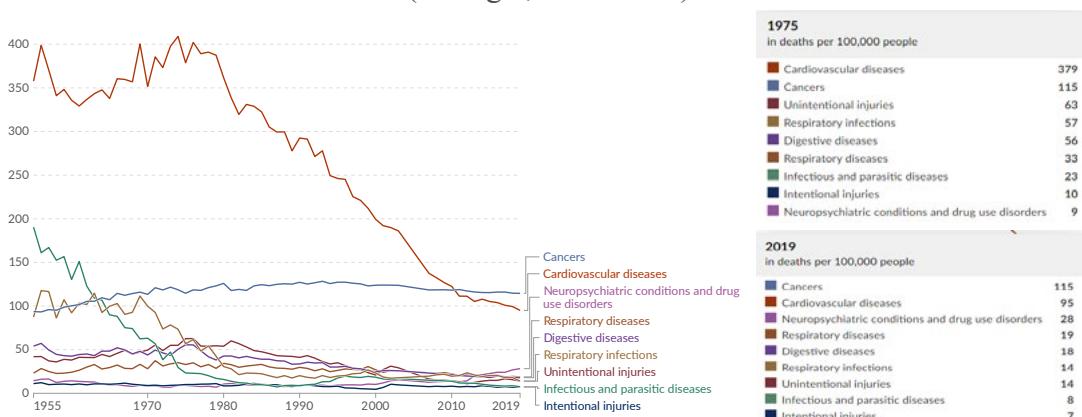
Figura 2. População por grupo etário (Portugal, 1950-2023)



Fonte: UN – World Population Prospects 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org | CC BY.

Essa realidade reflete-se em transições demográficas e epidemiológicas, com um aumento na esperança de vida, que entre 1974 e 2021 aumentou de 72,4 para 84,1 anos para as mulheres e de 65,8 para 77,8 anos para os homens, no peso das doenças e enfermidades não transmissíveis e a compressão da mortalidade nos anos de vida mais avançados. Nessas taxas de mortalidade, destacam-se o aumento do peso relativo de doenças não transmissíveis, uma redução generalizada das taxas de mortalidade em quase todas as causas identificadas, com exceção da persistência de elevadas taxas de mortalidade imputáveis aos cancros e o triplicar das taxas por doenças neuropsiquiátricas ou atribuíveis ao consumo excessivo de drogas (Figura 3)³⁻⁵.

Figura 3. Evolução das taxas de Mortalidade associadas a causas específicas (Portugal, 1955-2019)

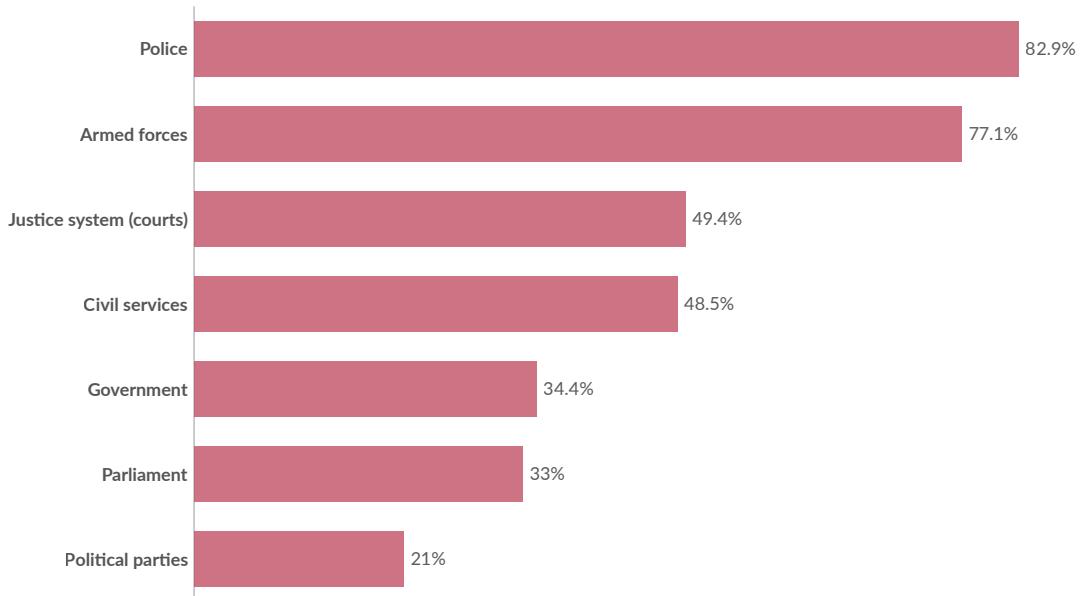


Fonte: WHO Mortality Database 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org | CC BY.

Como descrito na literatura⁶, de entre os determinantes mais impactantes na saúde dos portugueses nesses 50 anos realçam-se o fim da guerra colonial, a democratização, a integração na Comunidade Europeia, a laicização da sociedade, a universalização da educação e do acesso a um SNS, a melhoria nas condições habitacionais, o empoderamento progressivo da mulher na sociedade, a modernização tecnológica da indústria, dos meios de transporte e nas tecnologias de informação e comunicação e as alterações climáticas⁵.

Sendo, na sua maior parte, motivo de orgulho, os avanços identificados não devem impedir o reconhecimento de que ainda existe espaço para consolidar a democracia, reduzir as desigualdades econômicas e de gênero, melhorar o nível educacional da população, retenção de talento prevenindo a emigração, desenvolver esforços para melhor efetivar o direito à saúde e à habitação condigna, reforçar a prontidão do país para prevenir e responder a desastres naturais e emergências de saúde pública, combater a desinformação e melhorar o grau de confiança nas instituições e nos serviços públicos (Figura 4), nomeadamente para reforçar a confiança nos serviços de saúde garantidos pelo Estado que, de acordo com os resultados do estudo *OECD Trust Survey* de 2022, situa-se nos 62,8%⁷.

Figura 4. Índice de confiança nas instituições (Portugal, 2022)



Fonte: Integrated Values Surveys 2022. Imagem: www.OurWorldinData.org | CC BY.

A situação econômica do país também observou um grande desenvolvimento. De uma economia assente na agricultura e na indústria em um modelo colonial, corporativista e protecionista, supervisionada pelo Estado, Portugal reforçou, a partir do início dos anos 1970, a abertura da economia ao exterior. Com a revolução de 1974 e a descolonização, o país atravessou um período de ajustamento e contínua modernização do modelo econômico, grandemente impulsionada pela aproximação ao mercado europeu, tendo o país abraçado o desígnio da convergência com os países da Comunidade Económica Europeia, hoje União Europeia (UE), para construção de uma União Económica e Monetária e, por essa via, integrado a Zona Euro desde a sua criação em 1999.

Essas evoluções contribuíram para a crescente dominância do setor dos serviços e do turismo na economia. Saiu-se da dependência de atividades industriais tradicionais para uma economia baseada em novos setores tecnológicos, particularmente o setor de automóvel e de componentes, a eletrônica, e os investimentos nas novas tecnologias de informação e comunicação. Reforça-se ainda a referência a um modelo de desenvolvimento econômico ecológico e de energia “limpa, fortalecendo uma economia azul de valorização de atividades econômicas relacionadas com os oceanos e o litoral.

Portugal coloca-se, assim, entre as 50 maiores economias do mundo e encontrava-se até 2020 com uma perspectiva positiva de crescimento. Embora a crise decorrente da pandemia da covid-19 tenha revertido essa tendência, as previsões macroeconómicas dos anos mais recentes apontam para a recuperação da economia nacional⁸⁻¹⁰.

MEIO SÉCULO DE INVESTIMENTOS EM SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O esforço para construção de um Estado Social moderno surge como uma marca distintiva do regime democrático português em relação ao período que o antecedeu, uma transformação que beneficiou e foi beneficiária da prosperidade econômica e da melhoria das condições de vida da população. As mudanças na política de saúde, com a criação e consolidação do SNS e o alargamento do SSS, tiveram papel central nesse processo¹¹⁻¹³.

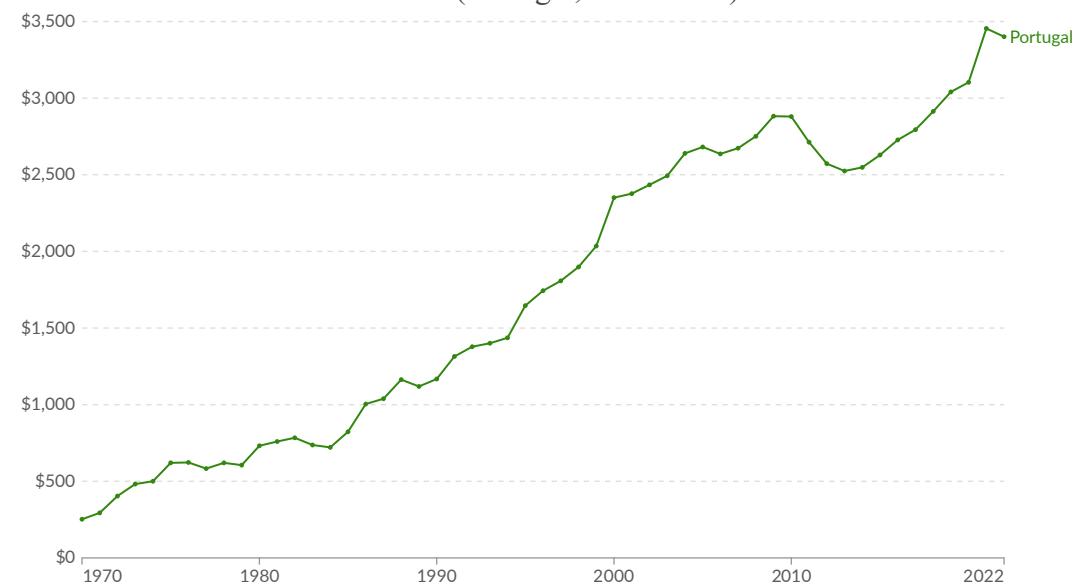
Ao longo desse período, a despesa do governo em saúde como percentagem do PIB aumentou de 2,13% em 1974 para 7,17% em 2021, ao passo que a despesa total com a saúde per capita, a preços de 2015, aumentou de aproximadamente US\$ 500 para cerca de US\$ 3.500 (Figuras 5 e 6).

Figura 5. Gastos públicos em saúde, em percentagem do PIB (Portugal, 1960-2021)



Fonte: Our World in Data based in Lindert (1994) OECD (1993) OECD Stat. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Figura 6. Evolução dos gastos públicos em saúde per capita, em dólares norte-americanos (Portugal, 1970-2022)

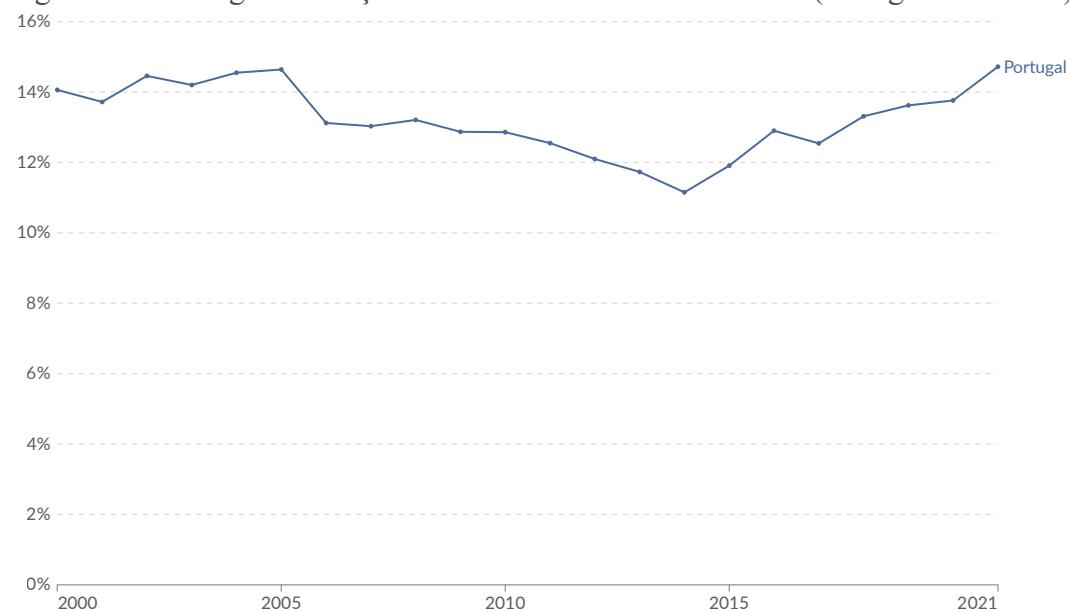


Fonte: OECD Health Expenditure and Financing database (2023). Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Entre 2000 e 2021, a despesa com a saúde no orçamento do Estado variou de 14,1% (em 2000) a 14,7% (em 2021), verificando uma trajetória de descida entre 2005 e 2014, ano em que atingiu um mínimo de 11% (Figura 7). Em termos de percentagem

da riqueza produzida pelo país que é canalizada para a saúde, medida por meio do PIB, no mesmo período, assistiu-se a uma variação de 8,6% (em 2000, o valor mínimo) a 11,14% (em 2021, o valor máximo).

Figura 7. Percentagem do Orçamento de Estado dedicado à Saúde (Portugal 2000-2024)



Fonte: WHO – Global Health Observatory (2024). Imagem: www.OurWorldinData.org | CC BY.

Apesar da tendência de aumento da fatia do orçamento geral do Estado canalizado para a saúde verificada desde 2013, o peso da despesa pública em saúde é tendencialmente decrescente, tendo-se situado nos 63% em 2023, valor abaixo da média da UE (81%). Em sentido contrário, assistiu a um aumento da despesa privada, que acompanhou a expansão da rede de prestadores privados em todo o país, com especial incidência nas grandes cidades da faixa litoral¹⁴⁻¹⁶.

É de salientar que, em 2023, cerca de um terço (29,8%) da despesa em saúde correspondeu a pagamentos diretos (*out of pocket*) feitos por utentes e das famílias, sobretudo com produtos farmacêuticos, cuidados em regime de ambulatório e cuidados continuados, um valor que representa o dobro da média da UE, tem crescido e é apontado como um sinal de iniquidade no acesso^{14,15}.

O investimento realizado no SSS ao longo dessas cinco décadas permitiu a melhoria generalizada dos indicadores de saúde, evidente quando comparados com os que o país apresentava de 1974^{4,5}, bem como com os indicadores atualmente apresentados pelos países da UE ou da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

(OCDE)¹⁴, por exemplo, no que diz respeito às taxas de internamento por problemas de saúde sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e à diminuição da incapacidade permanente, ou nas taxas de mortes por causas evitáveis e tratáveis, como o cancro do pulmão^{14,17}.

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Tal como em outros países europeus, no final do século XIX, o Estado português encetou um conjunto de reformas sanitárias, as reformas de Ricardo Jorge, nome do seu mentor, assumindo responsabilidades pela coordenação dos serviços de saúde pública, que se traduziu em uma ação centrada em problemas específicos e com maior incidência em centros urbanos, mantendo-se a responsabilidade pela assistência na doença na esfera das famílias, instituições privadas e de cariz social/caritativo^{13,18}. Estabeleceu-se então uma orientação para os serviços sanitários que viria a ser determinante no desenvolvimento da política e, mais tarde, do SSS ao longo de quase sete décadas, atravessando o final da monarquia, a primeira república (1910-1926) e quase toda a ditadura, tanto na sua fase militar (1926-1933) como na do Estado Novo (1933-1974).

RESPONSABILIZAÇÃO PROGRESSIVA DO ESTADO PELA SAÚDE

De acordo com a sua orientação ideológica, os diferentes regimes vigentes durante as primeiras três décadas do século XX procuraram estabelecer iniciativas para estruturar os serviços de saúde, visando ao reforço dos mecanismos de direção e coordenação da política sanitária e da rede de unidades de saúde, bem como programas de alfabetização, apoio social ou de assistência à população, sobretudo à mais carenciada. As tensões sociopolíticas registadas nesse período, indissociáveis de vários momentos de crise econômica e agravadas pelos efeitos da I Grande Guerra e da crise pandêmica de 1918-20, determinaram uma instabilidade política permanente que dificultou a implementação e limitou o impacto de muitas dessas medidas^{18,19}.

A constituição do Estado Novo, de 1933, manteve o afastamento do Estado das responsabilidades sobre a saúde da população, estabelecendo as bases para um regime autoritário organizado em torno de corporações, que privilegiava a ação das instituições privadas e que abriu espaço para a afirmação de serviços médicos de assistência social de base profissional, as caixas sindicais de previdência^{18,20}.

Após a Segunda Guerra Mundial, reconheceu-se que a situação sanitária de Portugal era muito precária e que a iniciativa privada provavelmente não seria suficiente para a corrigir. Isso motivou a reforma dos serviços de sanidade e assistência de 1945, que instituiu os Serviços Médico-Sociais, reforçando a estratégia das caixas de previdência

de 1935 e o papel do Estado em termos de saúde pública, por intermédio do estabelecimento ou da autonomização de programas verticais voltados para a melhoria da saúde materna e infantil, controle da tuberculose, controle da hanseníase, erradicação da malária e tratamento de doenças psiquiátricas^{18,20,21}. Esse foi o primeiro esforço estruturado para criar um padrão organizado para os serviços de saúde, uma aproximação à ideia de um SSS de características essencialmente bismarkianas²², que foi acompanhado de medidas para impulsionar a profissionalização no setor e para reorganizar e modernizar a rede hospitalar, tendo-se dado início a um programa de construção de unidades hospitalares por todo o país, a maioria posteriormente entregue à gestão de instituições do setor social^{18,23}.

O ano de 1958 viu a fundação do Ministério da Saúde e da Assistência, provavelmente para acalmar o movimento de críticas à negligência do Estado em relação à situação sanitária do país, que havia sido lançado pela oposição durante a campanha eleitoral presidencial que opôs Américo Thomaz, candidato oficial do regime, a Humberto Delgado, bem como algum descontentamento com a política setorial que se começava a sentir entre os profissionais de saúde, nomeadamente entre os médicos, detentores de algum estatuto e capacidade de influência, e os enfermeiros que, não dispondo do mesmo reconhecimento social, eram apontados como estruturantes da resposta assistencial hospitalar e dos serviços de saúde pública e, em uma altura decisiva da sua afirmação enquanto profissão, vinham desenvolvendo uma intensa reflexão sobre as condições de trabalho da classe^{20,24,25}.

Entre 1958 e 1961, um conjunto de jovens médicos desenvolveu, com o apoio da Ordem dos Médicos, uma análise cuidada da situação da saúde e das condições de exercício profissional dos médicos em todo o país, constatando deficiências “do ponto de vista sanitário”, a “falta de coordenação e uniformidade da política de saúde” e o “desprestígio e a má situação económica da classe”²⁶. Como solução para esses problemas, defenderam medidas para consolidar e dignificar a formação e a atividade médica, com particular destaque para as “bases para o estabelecimento das Carreiras Médicas”, a desenvolver no quadro de um novo Sistema de Saúde que traduzisse uma maior responsabilização do Estado pela saúde e bem-estar de toda a população e que garantisse condições para uma resposta integrada às necessidades sanitárias do país^{18,27,28}.

Desde então, a intervenção estatal no setor da saúde cresceu, mas não ao nível exigido. O esforço de guerra colonial (1961-1974) isolou progressivamente Portugal de um mundo cada vez mais empático com os movimentos anticoloniais e condicionou os recursos disponíveis para desenvolvimentos não militares. No entanto, a guerra e a necessidade de soldados saudáveis podem ter sido um incentivo para alguns dos desen-

volvimentos observados no setor da saúde, nomeadamente a criação de novas caixas de previdência com um campo de aplicação virtualmente extensivo a toda a população ativa do território abrangido pela legislação da previdência de 1962 e de 1963.

SURGEM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1968-1974)

A chegada de Marcello Caetano à liderança do regime, no final de 1968, desencadeou uma tentativa de descompressão política que facilitou um ímpeto reformador²⁹. Publicadas no início desse ano, as leis que aprovam o Regulamento Geral dos Hospitais e o Estatuto Hospitalar já antecipavam alguma abertura ao definirem regras aplicáveis às unidades públicas e privadas e perspectivas para a primeira organização de carreira para médicos, farmacêuticos e administradores, ideias que seriam aprofundadas nos anos seguintes¹⁸.

Com a publicação, em 1971, dos diplomas que determinavam a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e da Assistência e o regime legal para o funcionamento regular de carreiras de diversos grupos profissionais, a saúde foi, pela primeira vez, formalmente reconhecida como um direito garantido pelo Estado¹⁸. O novo quadro legal explicitava uma forte preocupação com a acessibilidade e, para ultrapassar o cenário de fragmentação que caracterizava os serviços de saúde, apontava os princípios para desenvolvimento de uma política de saúde unitária sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, em que as atividades de saúde e bem-estar deveriam ter origem em processos de planeamento e ser coordenadas no quadro de um sistema nacional de saúde¹².

Entre as medidas de reorganização dos serviços, encontrava-se a criação de Centros de Saúde (CS), uma forma de organização dos cuidados centrada na comunidade, que antecipava em vários anos a ideia de “cuidados primários de saúde” adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no decorrer da Conferência de Alma-Ata, em 1978¹³. Os primeiros CS eram unidades com recursos cronicamente insuficientes, que prestavam cuidados promocionais de saúde materna e infantil, incluindo vacinas, bem como exames médicos legalmente exigidos para aceder a determinados postos de trabalho, mas não prestavam cuidados curativos, que permaneciam sob a responsabilidade dos serviços médicos ambulatoriais de assistência social.

Apesar do seu caráter inovador e de condensarem parte do pensamento em saúde de uma geração mais jovem de profissionais de saúde, gestores, dirigentes e decisores do setor, a maioria das mudanças desenhadas em 1971 não chegaram a sair do papel, em grande parte devido à inação e aos entraves com origem nas correntes conservadoras que, no seio do regime e apesar das tentativas de descompressão política, a elas se opunham^{12,13}.

A AFIRMAÇÃO DA DEMOCRACIA E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (1974-1980)

A revolução de abril de 1974 marcou o nascimento do sistema democrático moderno em Portugal. As guerras nas colônias portuguesas cessaram quase de imediato, e estas, com a exceção de Timor-Leste, alcançaram as suas independências até novembro de 1975.

Com a descolonização, muitas pessoas que viviam nas colônias foram forçadas a vir viver em Portugal, incluindo um grande número de profissionais de saúde, o que contribuiu com recursos para expandir a cobertura do SSS do setor público do país e, em sentido contrário, para reduzir a capacidade de resposta dos sistemas de saúde dos novos países africanos³⁰.

O programa de transição do Movimento das Forças Armadas, que depôs a ditadura, definia a necessidade de uma nova política social para o país, orientada para justiça social e para o bem-estar. O restabelecimento da liberdade motivou um envolvimento imediato e crescente de cidadãos e de profissionais de saúde, e das forças políticas e associativas, entretanto legalizadas ou criadas, na discussão sobre o futuro do SSS e do seu papel no desenvolvimento do país^{19,31}. A adoção de medidas, por parte dos governos provisórios, para reforçar a capacidade de resposta do setor também não demorou a fazer-se sentir. De entre outras, destacam-se

- A publicação, pela Secretaria de Estado da Saúde, do estudo “Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde” (1974)³²;
- A integração de programas verticais de diversas áreas nas responsabilidades da Direção Geral da Saúde, medida prevista na lei desde 1971 mas nunca concretizada devido às resistências internas que suscitava (1974)³¹;
- A Criação das administrações distritais dos serviços de saúde (1975)¹⁸;
- A assunção da operação dos Hospitais das Misericórdias pelo Estado, que já era o seu maior financiador (1975)¹²;
- A instituição do serviço Médico à Periferia, um período obrigatório de serviço para recém-formados que permitiu melhorar o atendimento prestado pelos CS e fazer chegar médicos às zonas mais remotas do país (1975)³³.

A Constituição, aprovada em 1976, reconheceu a saúde como um direito de todos os cidadãos – “todos têm direito à proteção da saúde e têm o dever de defendê-la e promovê-la”¹. Esse direito é incorporado por meio de um SNS universal, geral e gratuito.

A lei do SNS foi aprovada em 1979, mas, como já se referiu, o caminho da sua construção já havia começado a ser trilhado pela sociedade civil e pelos diversos governos provisórios e constitucionais que, a um ritmo muito acelerado pela instabilidade

política desses anos, o país foi tendo. As diferentes conceções em torno da natureza, do funcionamento e da organização do SSS levaram a que, depois de meses de intenso debate, a versão final dessa lei, contendo a proposta de um serviço de inspiração bevergiana financiado por impostos gerais e no qual o estado assumia papel de prestador, tenha sido aprovada somente com os votos da esquerda parlamentar. A disputa ideológica em torno do SNS nasceu com ele e tem-se mantido viva desde então, afigurando-se como central para a compreensão do seu percurso no último meio século.

(RE)ESTRUTURAÇÃO E EXPANSÃO DO SNS (1980-1989)

A década de 1980 foi a da afirmação do regime democrático. Apesar da instabilidade política e financeira que marcou a sua fase inicial, com a sucessão de quatro governos em cinco anos e uma segunda intervenção do Fundo Monetário Internacional em 1983 (a primeira foi em 1977), a consolidação progressiva do estado social e das suas instituições democráticas, a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia e a melhoria do contexto macroeconômico serviram de impulso ao estabelecimento de um economia de mercado e à melhoria generalizada das condições de vida da população.

A implementação da lei do SNS ficou a cargo do governo eleito em dezembro de 1979, composto pelos partidos da direita parlamentar que, meses antes e traduzindo o desconforto da Ordem dos Médicos e de outros setores da sociedade, haviam demonstrado no parlamento oposição mais ou menos explícita ao diploma³¹.

As mudanças de orientação política e na arquitetura do SNS não demoraram a surgir. Além da redução do investimento público no SNS, foram suspensos alguns dos normativos em vigor e apresentadas medidas para reverter a centralidade do papel do Estado no funcionamento do sistema de saúde³¹, dando-se início a uma transformação que só não foi mais profunda porque o Tribunal Constitucional vetou algumas das alterações propostas, considerando que estas conduziriam à extinção do SNS, pondo em causa o direito à saúde constitucionalmente consagrado¹.

Apesar dos ajustes verificados, a década de 1980 foi caracterizada pelo desenvolvimento de um SSS centrado em um SNS público e gratuito, assistindo-se à expansão da rede de cuidados primários coordenada pelas novas Administrações Regiões de Saúde, de âmbito distrital. A integração do atendimento ambulatorial de saúde associado ao sistema de assistência social nos cuidados primários do SNS foi concluída, o que permitiu reforçar e densificar a rede de CS que se vinha estabelecendo desde 1971 e, com maiores ou menores debilidades, estendê-la a todo o país. No entanto, persistem modelos paralelos de seguro de saúde, até recentemente obrigatórios, para os quais a filiação é baseada na categoria profissional ou ocupacional²².

Esse foi um período de progresso extraordinário no campo dos cuidados de saúde, levando ao aumento do acesso e da equidade³⁴. No entanto, a incapacidade dos CS de responderem à crescente procura de cuidados de saúde provocou uma demanda inadequada por cuidados primários em serviços de emergência hospitalar. A ênfase mudou então para tentar melhorar a resposta dos hospitais a essa demanda, falhando em reconhecer a lógica integrada dos diferentes níveis do SSS e colocando na agenda da saúde o problema resiliente, até hoje, em 2024, das listas de espera.

Os problemas por detrás das listas de espera deram origem, na década seguinte, aos investimentos na construção de hospitais e sistemas de informação de saúde e a esforços para definir a responsabilidade dos médicos hospitalares²², enquanto os crescentes orçamentos de saúde colocaram a discussão sobre a necessidade de reformas no financiamento de hospitais e contenção de custos no centro da agenda da saúde, um lugar em que ainda hoje se encontra..

EMPRESARIALIZAÇÃO DO SNS E REEMERGÊNCIA DOS SETORES PRIVADOS DA SAÚDE (1990 A 2001)

Em 1989, foram operadas alterações à Constituição tendentes a uma maior responsabilização da sociedade civil e dos cidadãos sobre a saúde individual e coletiva, bem como a uma redefinição da fronteira entre os setores público e privado na oferta de cuidados, passando o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos garantidos pelo SNS, de “gratuito” para “tendencialmente gratuito”¹.

Nesse novo enquadramento, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o estatuto do SNS de 1993 estabeleceram um novo quadro legal para o SSS, em que é explicitamente apoiado o desenvolvimento do setor privado, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o setor público. Na prática, isso levou a um aumento no número de contratos entre o SNS e o setor privado, à introdução de práticas privadas em hospitais públicos, à gestão privada de hospitais públicos, à criação de incentivos fiscais para o uso de seguros de saúde privados voluntários e, anos mais tarde, à expansão da hospitalização privada^{22,35-37}.

Acompanhando a tendência reformista que já se vinha afirmando nos sistemas de saúde da Europa Ocidental³⁴, alinhada com perspectivas mercantilistas e defensoras de um Estado cada vez mais regulador e menos prestador, foram estabelecidos os princípios percursores da criação o Conselho Nacional de Saúde (que só viria a ser operacionalizado em 2016), da regionalização da gestão do SNS para cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), do aprofundamento da participação das autarquias locais na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, bem como confirmado o prin-

cípio de as organizações privadas com objetivos de saúde e fins lucrativos estarem sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado³¹.

As novas ARS tornaram-se responsáveis pelo estado de saúde de suas populações e pela coordenação da prestação de cuidados de saúde por hospitais e CS, de acordo com a alocação de recursos financeiros³⁸. No entanto, alguns aspectos da gestão de recursos humanos e financiamento hospitalar, facetas como a escolha de diretores institucionais, permaneceram centralizados ou diretamente dependentes do Ministério da Saúde. As 18 autoridades distritais de saúde até aqui existentes viram as suas competências reformuladas e foram integradas, mas não extintas, nas entidades regionais, uma opção que não facilitou o processo de regionalização.

Em 1995, o país entrou em um novo ciclo político, com a entrada em funções de governo de centro-esquerda, uma mudança que teve impacto na política de saúde, desencadeando um novo ciclo de reformas, mas que não trouxe uma ruptura com a orientação estratégica que a legislação aprovada pouco anos antes traçou. Dos cinco partidos políticos com representação parlamentar, apenas o Partido Comunista Português e Os Verdes continuavam a defender a ideia de que o modelo original (modelo público integrado) do SNS deveria ser mantido, e não reformado. Os outros três apoiam a necessidade de evoluir para um modelo contratual, com maior separação entre compradores e prestadores de cuidados^{31,34}.

Isso foi refletido no primeiro rascunho de uma estratégia nacional de saúde para discussão pública em 1996. Em 1998, a estratégia nacional de saúde e as metas para o período de 1998 a 2002 foram aprovadas e publicadas. Foi a primeira vez em Portugal que um documento estratégico de abrangência nacional foi produzido para a saúde, verificando-se, no entanto, a falta de um consenso político necessário à sua prossecução, tendo sido abandonada pouco tempo depois da apresentação pública, isso apesar de ter continuado a servir como guia de atuação das autoridades regionais e serviços de saúde^{39,40}.

Em 1997, as agências regionais de contratação foram criadas, formalizando a divisão comprador-prestador – uma para cada uma das cinco ARS. Esperava-se que essas agências descentralizassem ainda mais a responsabilidade de alocação de recursos por meio da implementação gradual de acordos de contratação com hospitais e CS³⁸, mas obtiveram sucesso limitado devido à falta de apoio político. Desde então, a relevância desses acordos de contratação diminuiu paulatinamente, embora no atual ciclo político, iniciado em 2024, se espere que o seu papel venha a ser reforçado.

Algumas experiências de formas mais flexíveis e autônomas de gestão foram lançadas em um número limitado de hospitais públicos. A esse nível, também, esforços

foram feitos para criar níveis intermediários de gestão hospitalar, estabelecendo uma interface de gestão de nível médio entre os profissionais e a administração hospitalar.

Em 1999, foi aprovada uma lei sobre a organização dos sistemas de saúde locais (equivalente aos distritos de saúde da OMS⁴¹), que buscava promover uma melhor coordenação de todas as estruturas locais envolvidas em um conceito mais amplo de prestação de cuidados de saúde (envolvendo diferentes ministérios e autoridades: saúde, segurança social, educação, municípios, organizações não governamentais etc.), mas até 2023, essas iniciativas tiveram implementação limitada.

Esse foi um período de experimentação de novas formas de gestão do SSS (reconhecendo a complementaridade dos níveis central, regional, local e institucional de gestão), organizando serviços de saúde primários e cuidados hospitalares, financiando hospitais e CS e remunerando profissionais de saúde. Algumas dessas experiências levaram à aprovação de leis, como a de 1998 sobre o pagamento relacionado com o desempenho de médicos de família, aplicada pela primeira vez a um número limitado de médicos, ou, em 1999, o novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS, que ainda funcionavam de acordo com o modelo estabelecido em 1983, diplomas que, depois de um impasse político, vieram a servir de base para a reforma dos cuidados primários implementada a partir de 2005^{42,43}.

REEMERGÊNCIA DO HOSPITALOCENTRISMO (2002–2005)

O ano de 2002 assinala o início de um novo ciclo político, dirigido pelos partidos do centro-direita. Partindo de um diagnóstico que apontava uma crise profunda do SNS, a política de saúde do novo governo era guiada pelo objetivo de reformar o sistema público, transformando-o em um sistema misto de serviços de saúde, no qual coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes⁴⁴.

Foi um período marcado por intensa atividade legislativa, a maior parte da qual não produziu mudanças significativas porque o governo teve a sua duração limitada. Ainda assim, registram-se o fim abrupto de um conjunto de reformas iniciadas no ciclo anterior e uma reorientação do SSS para os cuidados hospitalares e para as leis de mercado⁴⁵.

Ao abrigo da nova lei de gestão hospitalar, foi anunciada a construção de dez novos hospitais sob Parcerias Público-Privadas (PPP) e deu-se início a uma transformação radical de 34 hospitais do SNS (dos 97 então existentes) em 31 empresas públicas, levando mais longe do que nunca a lógica da gestão autônoma de hospitais. Uma das consequências dessas iniciativas foi o estabelecimento, em 2003, de uma nova autori-

dade independente para a regulação da saúde (Entidade Reguladora da Saúde) como uma nova entidade com funções regulatórias específicas.

A nova legislação hospitalar fortaleceu ainda mais o poder central, fazendo com que os conselhos de administração dos hospitais passassem a ser nomeados diretamente pelo ministro da saúde, retirando essa responsabilidade às autoridades regionais, passando os diretores clínicos e de enfermagem, que integram a administração com funções técnicas, a ser nomeados sob proposta do diretor hospitalar, e não, como até aí, por eleição entre os seus pares. Da mesma forma, os planos anuais de ação dos hospitais passaram a ser submetidos à aprovação ministerial, embora fosse possível ao Ministro delegar isso à autoridade regional de saúde. Essa maior centralização contrariou a tendência dos últimos anos em direção a um estilo de gestão mais participativo, anunciado até mesmo na Constituição, que estipula uma gestão descentralizada e participada do SNS⁴¹.

A empresarialização dos hospitais foi acompanhada da introdução de mecanismos de contratação individual para os novos trabalhadores que, inspirados no direito privado, foram justificados com a necessidade de modernizar e flexibilizar a gestão de recursos humanos. Tal mudança introduziu fatores de diferenciação e precarização, conduzindo à redução da proteção laboral e das perspectivas salariais e de carreira de uma parte significativa dos trabalhadores do setor público, desequilíbrios que, por não terem sido totalmente corrigidos, são causa de parte da insatisfação desde então verificada entre os profissionais do SNS⁴⁶.

O ano de 2004 viu também a aprovação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004 – 2010, representando uma nova estratégia formal de saúde para o SSS, apelando a uma gestão de tipo mais empreendedor nas instituições de saúde, com vista a uma maior autonomia⁴⁷. Relativamente ao horizonte de melhoria da saúde da população, a resposta aos principais problemas de saúde identificados nesse Plano passou pela elaboração de programas nacionais (ou revisão dos existentes), tendo sido concretizados 22 dos 40 previstos⁴⁸.

REFORMULAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2005-2010)

A instabilidade governativa levou à realização de eleições antecipadas e à entrada em funções de um novo Governo no primeiro trimestre de 2005, dando-se início a um ciclo político que durou até 2011. Em termos econômicos, esse período iniciou-se em um contexto de grande pressão sobre as contas públicas para redução do déficit, passou por uma fase de melhoria da situação econômica, que durou até 2008, e ficou marcado por uma forte tensão decorrente da necessidade de redução de despesa pública para

alcançar os compromissos estabelecidos com a UE. A recessão mundial de 2008/09 e a subsequente crise da dívida soberana marcaram o período final desse ciclo, que terminou com a demissão do governo (março de 2011) e a aceitação da intervenção externa na economia protagonizada pela Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

No setor da saúde, esse ciclo ficou marcado por um conjunto alargado de reformas, que compreenderam a revisão e o aprofundamento de medidas já em curso (ou anunciadas), bem como um conjunto de reformas estabelecidas pelo novo executivo, com destaque para as intervenções estruturantes ao nível dos cuidados primários, para a criação da rede de cuidados continuados e para mudanças impactantes na rede hospitalar, na política do medicamento e na governação do sistema de saúde^{49,50}.

Retomando o enquadramento legal de 1999, deu-se início a um novo período de reforma dos cuidados primários. Uma das medidas centrais da reforma passava pela criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), uma reconfiguração gradual dos CS que visava a melhorias na acessibilidade, organização, eficiência e na qualidade dos cuidados de saúde, de modo a aumentar tanto os níveis de motivação dos profissionais, pelo aumento da responsabilização e de incentivos remuneratórios, como a satisfação de utentes. Em 2009, cerca de 20% da rede era composta por novas USF resultantes da iniciativa de pequenas equipes multiprofissionais e auto-organizadas que, dispondo de autonomia organizativa funcional e técnica, assumiram contratualizaram recursos e uma carteira básica de serviços para prestar cuidados a uma parte da população de referência do CS onde o processo se enquadrava⁵¹.

Outra alteração importante então introduzida foi a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), entidades constituídas pelos CS de determinada região geográfica, criadas para garantir uma nova autonomia gestionária assente em um modelo de contratualização promovido pelas autoridades regionais de saúde⁵¹.

Para dar corpo ao segundo objetivo central desse período, em 2006, foi aprovado o diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes. Essa Rede cruza todo o serviço público de saúde, sendo articulada, de modo intersetorial, com o setor social como parceiro de excelência. O modelo assenta em distintas tipologias de respostas, a utilizar consoante a fase da própria evolução da dependência. Outrossim, comprehende cuidados de natureza preventiva, reabilitativa e paliativa, e constitui um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária⁵².

No setor hospitalar, verificou-se um reforço do papel do setor público, por meio da revisão do processo de empresarialização dos hospitais públicos encetada pelo anterior

executivo, bem como pelo encerramento de maternidades que não cumprissem critérios técnicos para segurança dos cuidados e pela reformulação da rede, através da criação de centros hospitalares que agrupavam várias unidades debaixo da mesma administração e de acordo com uma estratégia comum para oferta de cuidados na região que serviam. Procedeu-se ainda a ajustes na estratégia para abertura de unidades por meio de PPP, com redução do número de unidades a criar e alteração no modelo de contratualização a estabelecer⁵².

O objetivo de assegurar boas contas no SNS assentou em medidas de consolidação orçamental concentradas em dois capítulos da despesa que representam mais de um terço do respectivo gasto público: os medicamentos, com alteração das regras de fixação de preços, de venda de livre e da titularidade das farmácias; e o reforço dos mecanismos de contratualização entre o SNS e prestadores privados de serviços externos, nomeadamente de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Além destas, assiste-se, a partir de 2008, ao reforço da limitação da autonomia das instituições para efetuar despesas, nomeadamente com pessoal, que passou a estar dependente da aprovação do Ministério das Finanças⁵².

Nessa fase, foi criado o Alto Comissariado da Saúde, responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010⁴⁸, tendo também começado a reflexão e os trabalhos preparatórios do PNS 2011-2016, a nova estratégia de saúde que, em virtude de atrasos na sua aprovação, viria a ser renomeada como PNS 2012-2016 e cuja vigência seria prolongada, depois de avaliado e revisto, até ao final da década⁵³.

Em termos institucionais, destaca-se ainda a entrada em pleno funcionamento da Entidade Reguladora da Saúde, organismo que, apesar de existir desde 2003, ainda não havia sido provida de um enquadramento legal e estatutário claros nem de instrumentos e recursos que permitissem o pleno desempenho da sua atividade, à época centrada na instalação e atividade de unidades de saúde do setor privado⁵².

IMPACTO DO PROGRAMA DE AJUSTAMENTO ECONÓMICO E FINANCEIRO (2011-2015)

A crise financeira instalou-se em Portugal em 2010. Em maio de 2011 foi celebrado o Programa de Assistência Económico e Financeira, também designado por Memorando de Entendimento (ME), entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional sobre as medidas específicas de política económica que condicionavam a atribuição de ajuda externa ao país.

O ME dedicava quatro das suas 33 páginas à saúde, fixando 34 medidas destinadas a promover contenção de custos, melhorias de eficiência e aumento da regulação.

De forma geral, as medidas adotadas encontravam-se alinhadas com os princípios das reformas anteriormente encetadas nos CSP, cuidados hospitalares e cuidados de longa duração, na política do medicamento ou para reforço da sustentabilidade financeira do Sistema^{52,54,55}.

Sempre com esses compromissos em pano de fundo, o novo governo, de centro-direita, defendia um sistema universal e com tendencial gratuitidade, a continuação do processo de concessão da gestão de hospitais ao setor privado, em particular às Misericórdias. O pensamento do Executivo aparece refletido, em 2012, em um artigo de opinião do Ministro da Saúde que reconhece que “uma sociedade saudável cria mais valor” e que “os resultados de saúde colocam o país num lugar cimeiro em comparações internacionais”. Reconhecem-se as “oportunidades de melhorar a eficiência do nosso sistema de saúde”, evidenciadas pela

[...] assimetria de resultados [...] regiões (que) apresentam desempenhos que se afastam do padrão médio. Para o mesmo ato, encontramos preços diferentes. Para o mesmo regime profissional, deparamo-nos com variações inexplicáveis. Para o mesmo resultado, usamos meios e recursos muito diversos. A carência de informação fiável e atempada é um dos grandes problemas, dificulta e atrasa a tomada de decisão⁵⁶.

Isso trava a possibilidade de o setor da saúde se tornar em um “motor de desenvolvimento econômico, gerador de emprego e exportação, competindo na criação de valor em diversas áreas [...] na economia mundial”. Mantendo-se o compromisso da “universalidade do acesso compatibilizado com a solidariedade do financiamento” procura-se uma estratégia para o setor que corrija “as causas estruturais” das atuais ineficiências do SNS⁵⁶.

Na prática, a governação da saúde desse período esteve centrada na diminuição do gasto público, em particular com recursos humanos, na área do medicamento, na despesa hospitalar e com um novo regime jurídico das convenções, mais flexível do ponto de vista dos procedimentos.

Em nível dos CSP, a livre escolha de médico de família, reconhecida na lei que criou as USF, passou a ser estimulada, tendo ainda sido definidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, atribuindo a esses profissionais maior responsabilidade na gestão dos cuidados de saúde familiar. Embora o alargamento da rede de USF fosse uma das orientações estabelecidas pelo ME, verificou-se um abrandamento na abertura de novas unidades, não tendo sido cumprido o objetivo, inicialmente traçado, de regulamentar a possibilidade de concessionar estas unidades aos setores privado e social⁵⁴.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, de 2012, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definindo a responsabilidade do Estado

nesse campo. A lei foi regulamentada em 2015, clarificando regras relativas à articulação e funcionamento dos serviços, à admissão nas equipes locais e às instalações de cuidados paliativos, viabilizando-se, dessa maneira, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento, promover a prescrição eletrônica e reduzir o risco de fraude, foi desmaterializado todo o circuito administrativo do medicamento. Isso serviu como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando o tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional no quadro do SNS, possibilitando a criação de uma Plataforma de Dados da Saúde e, ligado a esse recurso, de um Portal do Utente que permite registos de cuidados e exames saúde feitos pelo utente, bem como acesso a serviços *on-line*, já existentes ou a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias.

Reconhecendo a investigação em saúde como importante para a melhoria contínua da qualidade, a formação de profissionais e a projeção internacional do país em uma área de grande competitividade e potencial de crescimento, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando ao fortalecimento das atividades de investigação para proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde.

Findas as restrições impostas pelo ME, em maio de 2014, o governo que garantiu a sua aplicação voltou a dispor de maior autonomia para a condução da política de saúde. Mantendo a orientação de alcançar poupanças adicionais nos custos operacionais, foram adotadas medidas para reforçar o acesso ao SNS, principalmente por meio da contratação de recursos humanos, cujo número vinha decrescendo desde 2011, e de revisão das carreiras de alguns grupos profissionais, registando-se ainda intervenções nos cuidados primários e hospitalares, com alterações ao nível da contratualização, na modernização administrativa e na política do medicamento⁵⁷.

Ainda no que concerne ao reforço do acesso, em 2015, foi publicada a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, visando garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS, nos termos da lei. A Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos.

Foi nesse ano que também foi aprovado o regime de delegação de competências do Estado para os municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais, sobretudo na área da saúde. Apresentada como uma via para concretizar a des-

centralização do país e do SNS prevista na Constituição e na lei, a proposta foi recebida com algum ceticismo pelos órgãos de poder local e pelos profissionais de saúde^{58,59}, tendo o processo sido suspenso depois das eleições de 2015 e retomado em 2019, já com outros pressupostos⁶⁰.

A RECUPERAÇÃO DO SNS (2016-2019)

As eleições parlamentares do outono de 2015 determinaram a formação de um novo governo, apoiado por uma maioria composta pelo arco da esquerda parlamentar. Sob o desígnio de uma viragem da página da austeridade, no campo da política de saúde os primeiros quatro anos do novo ciclo foram orientados para o revigoramento e a recuperação do SNS e do seu desempenho, tendo culminado com a aprovação, em 2019, da nova Lei de Bases da Saúde (LBS). Das medidas adotadas, destacam-se iniciativas para reforço do SNS e para melhoria do acesso.

As medidas de reforço do SNS, necessárias depois do desinvestimento verificado no período de Ajustamento Económico e Financeiro, centraram-se na reposição de direitos laborais e na contratação de profissionais de saúde; no aumento progressivo do orçamento alocado ao SNS, com impacto na despesa global em saúde, incluindo investimentos na modernização de infraestruturas e na redução da dívida hospitalar, embora o subfinanciamento crônico tenha persistido como um problema estrutural; na implementação do plano estratégico de reforma dos CSP de 2016, para revitalizar a reforma iniciada em 2006; no esforço de integração de cuidados, com destaque para o investimento nas redes de cuidados continuados e paliativos⁶¹.

No capítulo da melhoria do acesso aos cuidados de saúde, as medidas adotadas permitiram a melhoria no acesso a medicamentos e terapias inovadoras, com particular enfoque em doenças oncológicas e raras, bem como a expansão do SNS24 (linha telefônica de atendimento e triagem) e progressos significativos na digitalização do SNS, com o desenvolvimento de soluções de telemedicina e o aprimoramento da partilha de dados para gestão e planejamento, incluindo o lançamento do Portal da Transparência do SNS. Verificou-se um reforço dos direitos dos utentes por meio do alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras e da regulamentação do seu direito em escolher, a partir do momento em que são referenciados para uma consulta de especialidade, qual o hospital do SNS onde querem ser assistidos^{61,62}.

Ainda no campo do acesso e dos direitos dos utentes, destacam-se duas iniciativas para reforço do envolvimento de cidadãos e cidadãs na definição de políticas de saúde: a criação do Conselho Nacional de Saúde, órgão consultivo do governo previsto na lei desde 1990, composto por representantes das várias forças científicas, sociais,

culturais e econômica; e a adoção da “Carta para a Participação Pública em Saúde”, concebida para incentivar a tomada de decisão em saúde assente em uma ampla participação pública.

Em 2019, no ano em que o SNS comemorou o seu 40º aniversário, foi aprovada a nova Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019, de 4 de setembro). Resultante de um intenso processo negocial, com avanços e recuos estratégicos relacionados com a dificuldade de estabelecer consensos⁶², a nova LBS marcou uma transição, dentro do mesmo ciclo político, do período de recuperação imediata do SNS para uma fase que se pretendia de modernização e expansão.

Enquanto diploma legal que estabelece um quadro jurídico de determinado setor de atividade, a LBS substituiu o ordenamento jurídico em vigor desde 1990, estabelecendo fronteiras para delimitar a ação governativa no que concerne ao desenvolvimento do sistema de saúde. Com uma orientação centrada nas pessoas e nas comunidades, preconiza-se o reforço do papel do Estado na saúde, reafirmando a centralidade do SNS, enquadrando as condições para o seu reforço e clarificando o papel e a relação entre os vários atores do SSS, nomeadamente o caráter complementar dos setores privado e social perante o público e as regras que determinam essa relação^{17,63}.

REAÇÃO E CONTRARREAÇÃO À CRISE PANDÊMICA (2020-2024)

Os anos de 2020 e 2021 ficaram marcados pela pandemia da covid-19, que obrigou a redirecionar a prestação de cuidados para responder à emergência sanitária, o que constituiu um verdadeiro teste à resiliência do SNS e do SSS. A configuração do dispositivo de resposta à pandemia e a necessidade de garantir outros cuidados à população, apesar da redução verificada na atividade assistencial e programada, foram impulsionadores de mudanças estruturais e organizacionais que, surgindo em um contexto de contingência, tiveram reflexo nas medidas de reforma e de planejamento estratégico aprovadas posteriormente. São exemplos disso a reorganização dos serviços hospitalares, o incremento da telemedicina ou a capacidade de mobilizar um dispositivo capaz de garantir a cobertura vacinal de grande parte da população em um curto espaço de tempo⁶⁴.

O ano de 2022 assinalou o retorno da atividade assistencial do SNS após o fim da pandemia, verificando-se um aumento significativo do número de atos realizados em meio hospitalar (consultas, exames e cirurgias) e, em sentido contrário, uma redução das consultas realizadas nos cuidados primários, em face de 2021, fenômeno associado ao aumento de utentes sem médico de família⁶⁵. Afigurando-se como uma consequência da fragilidade no planejamento de recursos humanos da saúde e das consequentes dificuldades de sentidas pelo SNS na captação e retenção de profissionais,

que há vários anos se vinham constatando⁶⁶ e que se agravaram após o levantamento das medidas de exceção impostas durante a pandemia⁶⁷, essa redução de atividade assistencial nos cuidados primários surgiu como um fator de risco sistêmico para o SNS pelo aumento da pressão que induz na rede hospitalar⁶⁵.

Foi nesse contexto que a implementação das medidas de reforma ganhou novo destaque, com os princípios inscritos na LBS a serem vertidos em outros diplomas, particularmente no Estatuto do SNS, normativo relativo à caracterização, à organização, ao financiamento e ao funcionamento do SNS, abrangendo os recursos humanos, o planeamento plurianual e os mecanismos para uma abordagem multissetorial da efetivação do direito à saúde por meio da descentralização e da participação da sociedade civil na política de saúde^{17,68}. Depois da definição desse Estatuto, começou a ser articulado um conjunto de mudanças que, dada a abrangência e o potencial transformador que comportam, independentemente do juízo que delas se possa fazer, antecipava uma nova fase no percurso de desenvolvimento e afirmação do SNS. De entre essas medidas, destacam-se:

- A criação da Direção Executiva do SNS, organismo que, sob superintendência e tutela do governo, assume as funções de coordenação da resposta assistencial e sua articulação com as redes de Cuidados Continuados Integrados e de Cuidados Paliativos;
- Uma nova etapa na reforma dos cuidados primários, prevendo-se a uniformização dos diversos modelos vigentes nas unidades de cuidados primários, em um modelo que lhes garante maior flexibilidade de funcionamento e gestão e que já vinha sendo testado em vários pontos do país há cerca de 15 anos;
- A generalização das Unidades Locais de Saúde, que integram os hospitais e os CS debaixo de uma única gestão, com a intenção de facilitar o acesso e circulação de utentes no sistema e a implementação de estratégias orientadas para reforço da promoção da saúde e prevenção da doença;
- O alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados, estruturas de gestão intermédia dentro dos hospitais, dotadas de autonomia funcional para adotar modelos de organização inovadores e valorizadores do desempenho dos profissionais;
- O regime de dedicação plena, retomado depois da sua extinção em 2009, como modelo de organização do trabalho dos profissionais no SNS, para estimular a sua retenção e dedicação ao setor público através de incentivos financeiros.

Foi também nesse período que decorreu a apresentação, discussão pública e aprovação pelo governo da nova estratégia de saúde do país, cujo ciclo de planejamento teve início em 2018 e foi interrompido pela pandemia. O PNS 2030 é definido como um

projeto para uma década, com a ambição de gerar mais vida e melhor saúde, o qual se alinha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável⁵³.

Em um ponto em que a pressão sobre o SNS ficava mais evidente, em virtude da crise de recursos humanos da saúde que afeta o país e do agravar de dificuldades no acesso ao serviço público de saúde sentidas por parte da população, o ano de 2024 afigurava-se decisivo para a concretização e a consolidação das novas medidas, permitindo criar condições para aliviar a contestação de vários setores da sociedade e partidos da oposição às reformas.

No entanto, o fim abrupto do quadro de estabilidade governativa alcançada nas eleições de 2022 determinou a realização de novo ato eleitoral, no início de 2024, e a entrada em funções de um governo com orientação político-ideológica distinta. O ano em que a revolução de abril dobra o marco dos 50 anos fica marcado por uma nova transição de ciclo político.

Partindo da premissa de que “existe uma injustiça evidente no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, com desigualdades crescentes entre pobres e ricos, entre o litoral e o interior, entre zonas urbanas, suburbanas e rurais”⁶⁹, o programa do novo governo traça um conjunto de medidas destinadas a reforçar e reorganizar o SNS, com vista a dotá-lo de infraestruturas e recursos humanos e tecnológicos, bem como de mecanismos de gestão eficiente, optando por um modelo de cooperação ativa e mais alargada com entidades dos setores privado e social.

PANORAMA DAS REFORMAS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O 25 de abril de 1974 determinou uma ruptura política e social em Portugal, catalisadora das profundas mudanças institucionais que permitiram estabelecer um novo contrato social e a democratização do país^{11,70}. No campo da saúde, assistiu-se a um novo protagonismo de correntes reformistas do anterior regime, bem como de setores da sociedade civil até aí afastados dos processos de discussão e decisão, que se traduziu em uma transformação e alargamento do papel e das responsabilidades assumidas pelo Estado em relação à saúde da população.

Embora algumas das medidas adotadas já estivessem inscritas na lei, sinal de uma dependência de percurso na política de saúde que, cinco décadas depois, continua a verificar³¹, as mudanças do sistema político e o afastamento dos que obstruíram boa parte das reformas de 1971 abriram uma janela de oportunidade para implementação, aprofundamento e reforço de muitas dessas propostas, conduzindo à inscrição do direito universal à saúde na Constituição de 1976 e à sua institucionalização por meio de um sistema de saúde universal e sem barreiras financeiras de acesso, organizado em torno da resposta pública garantida pelo SNS.

Ao criar condições para garantir, em um período relativamente curto, o acesso da generalidade da população a serviços e cuidados de saúde de qualidade, o SNS tornou-se em um elemento central no processo de democratização e modernização do país. A sua consolidação contribuiu para a melhoria generalizada das condições socioeconómicas e para a redução das desigualdades sociais, permitindo a obtenção de ganhos em saúde que põem Portugal em um lugar de destaque no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos.

Esses ganhos e essa consolidação fizeram-se de avanços e recuos, de consensos e desavenças, mas assentam em uma ampla aceitação pela sociedade de que a saúde é um bem público e que o SNS é o pilar que sustenta o SSS. Apesar da expansão observada na atividade e na capacidade instalada dos setores privado e social da saúde, são essa centralidade e esse consenso em torno do papel do setor público que ajudam a explicar que a análise da história do sistema de saúde português e a discussão sobre as suas reformas acabem por ter o SNS como enfoque principal.

Embora seja possível encontrar abordagens ideológicas que defendem uma maior ou menor convivência entre os setores público e privado, nenhuma força política defende abertamente a extinção do SNS nem do seu caráter universalista. Não obstante, o designio de reformar o SNS esteve sempre presente nos programas de governo, surgindo os momentos de transição entre executivos como momento de transição entre distintos períodos de reforma. As áreas que estiveram permanentemente em discussão incluem:

- os elementos estruturantes do SNS, especialmente os CSP, os cuidados diferenciados, a reorganização e expansão da rede hospitalar, as urgências hospitalares e pré-hospitalares, os cuidados continuados (desde 2006) e, mais recentemente, os cuidados paliativos;
- a sua organização em uma rede integrada, experimentada com recursos a vários modelos de governação do sistema de saúde, com maior ou menor centralização na tomada de decisão, em um contexto de crescimento de um setor privado comercial ligado à saúde;
- os fatores de produção, em particular os recursos humanos do setor, os medicamentos, os meios de diagnóstico e terapêutica, as tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação;
- os modelos de financiamento que, todos sem exceção, têm pecado pela falta de reconhecimento das despesas com a saúde como um investimento no desenvolvimento económico, humano e social, reduzindo as contas da saúde a escrutínios financeiros que ignoram o verdadeiro impacto dessas despesas, em uma ausência de uma verdadeira análise de custo-benefício.

A generalidade das reformas não foi precedida por avaliações formais e, embora se identifiquem momento de maior intensidade legislativa e vigor no debate sobre a natureza e orientação das opções propostas, não se traduziu em transformações abruptas do sistema de saúde, verificando-se que, além de politicamente motivadas e muito normativas, uma vez legisladas, raramente foram implementadas na totalidade.

O percurso descrito, as mudanças de prioridades e de estratégia e os atrasos constatados em algumas reformas refletem as prioridades de cada ciclo político, influenciadas por fatores contextuais, pelas agendas políticas dos decisores e por condicionalismos externos, cada vez mais permeáveis à globalização do setor da saúde, em particular a sua integração em uma possível União Europeia da Saúde. No entanto, refletem também a disputa, sempre presente ao longo desses 50 anos, em torno da natureza do SNS e da responsabilidade do Estado sobre a saúde das populações.

REFERÊNCIAS

1. Crisóstomo S. O artigo 64.o da Constituição da República Portuguesa: saúde. Sociologia, Problemas e Práticas. 2016;(spe)33-48. DOI: [10.7458/SPP2016NE10349](https://doi.org/10.7458/SPP2016NE10349)
2. Oliveira CR. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023. 1^a ed. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações; 2023. (Imigração em números).
3. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas: 2023 [Internet]. Lisboa: INE; 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>
4. Instituto Nacional de Estatística, editor. 25 de abril – 40 anos de estatísticas. Lisboa: INE; 2014. 113 p.
5. Pordata. Cinco décadas de democracia em números: O que mudou? Pordata [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/resumos/digest/cinco-decadas-de-democracia>
6. Ferrinho P, Alves I, Fronteira I, Garcia AC, Oliveira Martins MR. O percurso e os fatores determinantes da saúde. In: Campos AC, Simões J, coordenadores. 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Almedina; 2014. p. 93-128.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Lessons from the OECD Trust Survey in Portugal [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2024 Dec 7]. (OECD Public Governance Policy Papers). Available from: [10.1787/9754dd09-en](https://doi.org/10.1787/9754dd09-en)

8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Estudos Económicos da OCDE: Portugal 2017 [Internet]. OECD; 2017 [cited 2021 fev 8]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/estudos-economicos-da-ocde-portugal-2017_9789264269286-pt
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Economic Surveys: Portugal 2021 [Internet]. Paris; 2021 [cited 2024 Dec 7]. Available from: [10.1787/13b842d6-en](https://doi.org/10.1787/13b842d6-en)
10. Ministério dos Negócios Estrangeiros (PT). Economia [Internet]. Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros; 2022 [cited 2024 dez 7]. Disponível em: <https://ue.missaoportugal.mne.gov.pt/pt/portugal/sobre-portugal/economia>
11. Branco R. Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). An Soc. 2017;52(224):534-58. DOI: [10.31447/AS00032573.2017224.02](https://doi.org/10.31447/AS00032573.2017224.02)
12. Campos AC. Gaveta de Reformas. Lisboa: Editorial Caminho; 2022. 304 p.
13. Sakellarides C. De Alma a Harry – Crónica da democratização da Saúde. 2a ed. Coimbra: Edições Almedina; 2006.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2024. DOI: [10.1787/6be7d83c-pt](https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt)
15. Instituto Nacional de Estatística. Resumo da conta satélite da Saúde (2023) [Internet]. Lisboa: INE; 2024 [cited 2024 dez 11]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=646075353&DESTAQUESmodo=2
16. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre a concorrência no setor hospitalar não público. Porto: ERS; 2023.
17. Pisco LAC, Silva VP, Monteiro BR. A evolução da legislação da saúde em Portugal e os novos desafios para a gestão a partir de 2024. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29:e01242024. DOI: [10.1590/1413-812320242911.01242024](https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.01242024)
18. Ferreira FAG. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1990. 601 p. (Manuais universitários).
19. Varela R, Leys C, Rosa E, Kennedy P, Play S, Huws U. História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. A Saúde e a Força de Trabalho, do Estado Novo aos Nossos Dias. Lisboa: Âncora editora; 2019.

20. Almeida AS. O Sistema de Saúde no Estado Novo de Salazar – O nascimento do ministério da saúde e assistência. Coimbra: Edições Almedina; 2018.
21. Sampaio A. Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-45 e suas consequências. In: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde. 1981. p. 75–84.
22. Reis VP. O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. In: Aroso A, Rendas A, Sakellarides C, Serrão D, Dinis E, George F, et al. O futuro da Saúde em Portugal. Lisboa: APAH; 2006. p. 221-32.
23. Lopes O. Planeamento em saúde, para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. Rev Crít Ciênc Soc. 1987;(23):99-114.
24. Costa RMP. A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico na Estado Novo. História. 2007;8:355-81.
25. Nunes L. Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência; 2003. 375 p.
26. Ordem dos Médicos – SR Coimbra. Estudo das carreiras médicas: relatório da Comissão eleita pela Assembleia Extraordinária da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos. Coimbra: Secção Regional da Ordem dos Médicos; 1959. 52 p.
27. Campos AC. Saúde: O custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
28. Ordem dos Médicos, editor. Relatório sobre as Carreiras Médicas (Reedição). Lisboa: Ordem Dos Médicos; 2007.
29. Rosas F, editor. O Estado Novo (1926-1974). Lisboa: Estampa; 1993. (Mattoso J. História de Portugal).
30. Martins H. Crónicas dum Insubmisso (Volume II). Maputo: Alcance editores; 2024.
31. Simões J. Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina; 2009.
32. George F. A Pasta da Saúde nos Governos Provisórios – Dossier de Lutas. Dossier de Lutas [Internet]. 2022 fev 21 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://www.dossierde-lutas.pt/2022/02/21/a-pasta-da-saude-nos-governos-provisorios/>
33. Cerqueira MSM. Serviço médico na periferia. (1975-1982). Portugal: Desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde? [dissertação] [Internet]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2017>

34. Santos BS, Reis J, Hespanha P. O Estado e a Sociedade Civil: A criação de actores sociais num período de reconstituição do Estado [Internet]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais; 1992 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/10940>
35. Assembleia da República (PT). Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. – Lei de Bases da Saúde [Internet]. Diário da República [Internet]. 1990 ago 24 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: <https://dre.pt/>
36. Fernandes AC. A combinação Público-Privado. In: Campos AC, Simões J, coordenadores. Coimbra: Almedina; 2014. p. 211-31.
37. Simões J, Fronteira I. Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. e-Pública. 2019;6(1):4-14.
38. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health Care Systems in Transition: Portugal. Health Systems in Transition. 2004;6(1).
39. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I. Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. Rev Port Saúde Pública. 2014;(32):10-7.
40. Craveiro I, Ferrinho P. Planear estrategicamente: a prática no SNS. Strategic planning: its practice in the Portuguese NHS. Rev Port Saúde Pública. 2001;19(2):27-37.
41. World Health Organization. District Health Systems: Global and Regional Review Based on Experience in Various Countries. WHO; 1995.
42. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. Rev Port Med Geral Fam. 2005;21(1):45-59. DOI: [10.32385/rpmgf.v21i1.10108](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i1.10108)
43. Sakellarides C, Gonçalves C, Cunha FA e, Dussault G, Biscaia JL, Santa L. Acontecimento extraordinário: SNS, proximidade com qualidade - Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Unidade de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2009.
44. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: que rupturas? Relatório da Primavera 2003. Lisboa: OPSS; 2003.
45. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2005. Lisboa: OPSS; 2005.

46. Marques APP, Macedo APMC. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(7):2253-64. DOI: [10.1590/1413-81232018237.09282018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09282018)
47. Simões J, Ferrinho P. Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 1):S17-S23.
48. WHO Europe. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2010.
49. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal. Health System Review. Health Syst Transit. 2011;13(4):1-156.
50. Barros PP, Simões JA. Portugal: Health Systems in Transition. Health Systems in Transition [Internet]. 2007 [citado 2019 dez 10];9(5). Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/107844>
51. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(3):701-12. DOI: [10.1590/1413-81232017223.33152016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016)
52. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition [Internet]. 2017 [citado 2019 dez 10];19(2):1-184. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/>
53. Direção Geral da Saúde, editor. Plano Nacional de Saúde 2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [Internet]. Lisboa: DGS; 2023 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/>
54. Cortes M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas. 2016;(80):117-43.
55. Ferrinho P, Simões J, Miguel JP, Beja A, Cortes M, Hartz Z. Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. An Inst Hig Med Trop. 2013;12:76-87. DOI: [10.25761/anaishmt.195](https://doi.org/10.25761/anaishmt.195)
56. Macedo PM. Um investimento estratégico nacional – artigo de opinião do ministro da Saúde, 6 de abril de 2012. Expresso [Internet]. 2012 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://expresso.pt/dossies/dossiest_actualidade/dossie_paises_como_nos_ii uma_iniciativa_expres/austria-saude-com-liberdade-de-escolha=f717119?utm_source=expresso&utm_medium=category&utm_campaign=WEB&utm_content=/dossies/dossiest_actualidade/dossie_paises_como_nos_ii uma_iniciativa_expres/austria-saude-com-liberdade-de-escolha=f717119

57. Administração Central do Sistema de Saúde. SNS: Relatório e Contas de 2015 [Internet]. Lisboa: ACSS, Ministério da Saúde; 2016 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio_e_Contas_2015_vf.pdf
58. Radio Televisão Portuguesa. Associação de Municípios alerta para perigos de legislar de forma acelerada. Radio Televisão Portuguesa [Internet]. 2015 [citado 2024 dez 9]. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/associacao-de-municipios-alerta-para-perigos-de-legislar-de-forma-acelerada_n804685
59. Ordem dos Médicos. Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não? Revista da Ordem dos Médicos. 2015;(158):18-23.
60. Presidência do Conselho de Ministros (PT). Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro. Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde. Diário da República [Internet]. 2019 jan 30 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/23-2019-118748850>
61. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2016 [Internet]. Lisboa: OPSS; 2016 [citado 2024 set 16]. (Relatório de Primavera). Disponível em: <https://www.opssauda.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2016/>
62. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde – um direito humano. Relatório de Primavera 2019. Lisboa: OPSS; 2019. (Relatório de Primavera).
63. Assembleia da República (PT). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República [Internet]. 2019 set 4 [citado 2024 set 16]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
64. Organisation for Economic Co-operation and Development; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE [Internet]. Paris e Bruxelas: OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde; 2021 [citado 2024 set 16]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_pt
65. Conselho das Finanças Públicas. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022. Lisboa: Conselho das Finanças Públicas; 2023. Report No.: 7/2023.
66. Correia T, Gomes I, Nunes P, Dussault G. Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? Health Policy. 2020;124(3):303-10. DOI: [10.1016/j.healthpol.2019.12.014](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.014)

67. Guimarães A. Mais de 400 médicos saíram do Estado desde o fim do estado de emergência. E não só por dinheiro. “Ninguém sai do SNS de ânimo leve”. CNN Portugal [Internet]. 2021 nov 23 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt/servico-nacional-de-saude/privados/mais-de-400-medicos-sairam-do-estado-desde-o-fim-do-estado-de-emergencia-e-nao-so-por-dinheiro-ninguem-sai-do-sns-de-animo-leve/20211123/6197dd0f0cf2c7ea0f097ed6>
68. Presidência do Conselho de Ministros (PT). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República [Internet]. 2022 ago 4 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
69. Governo de Portugal. Programa do XXIV Governo Constitucional [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=programa-do-xxiv-governo-constitucional>
70. Loff M. A Revolução portuguesa (1974-1976), um modelo específico de democratização no século XX. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2024;(133):13-34. DOI: [10.4000/11pr1](https://doi.org/10.4000/11pr1)

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

www.conass.org.br/biblioteca





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

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

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

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

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

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

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

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

Resumo

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

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

Abstract

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

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

Résumé

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

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

INTRODUÇÃO

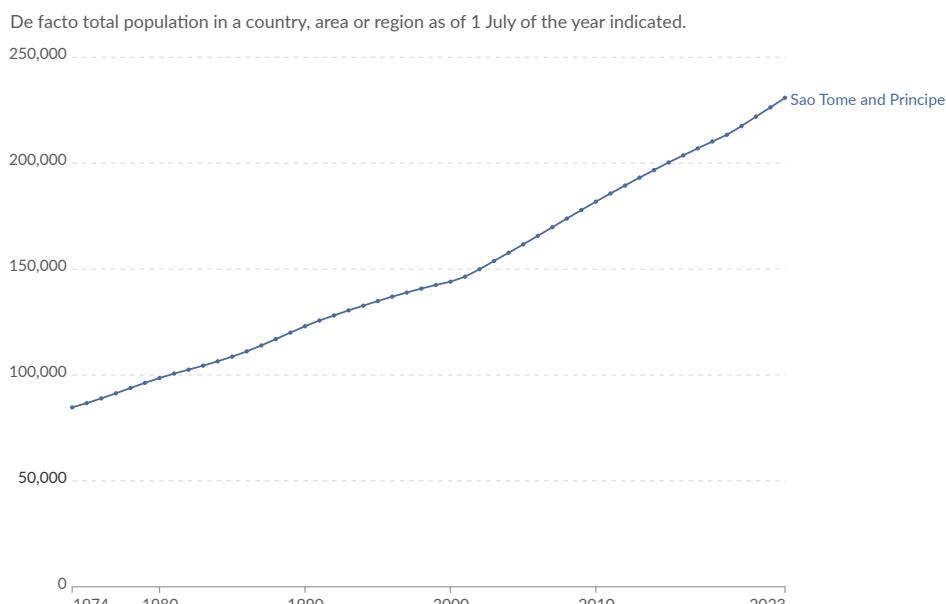
São Tomé e Príncipe (STP), oficialmente República Democrática de São Tomé e Príncipe, é um pequeno estado insular em desenvolvimento, no Golfo da Guiné, na costa equatorial ocidental da África Central. Consiste em duas ilhas principais e 12 ilhéus não habitados. As ilhas de STP distam cerca de 140 km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

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

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

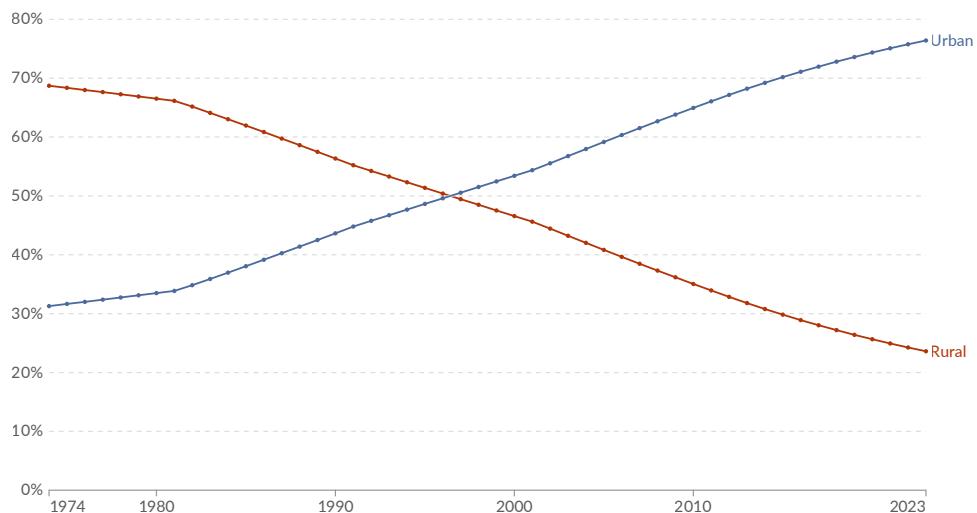
Com uma população de 230.881 habitantes (estimativa de 2023) (Figura 1) distribuídos por 1 001 km², na sua maioria urbana (Figura 2), é o segundo Estado soberano africano menos populoso, depois das Seicheles, bem como o menor país de língua oficial portuguesa. A população é predominantemente de ascendência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

Figura 1. População



Fonte: <https://ourworldindata.org>

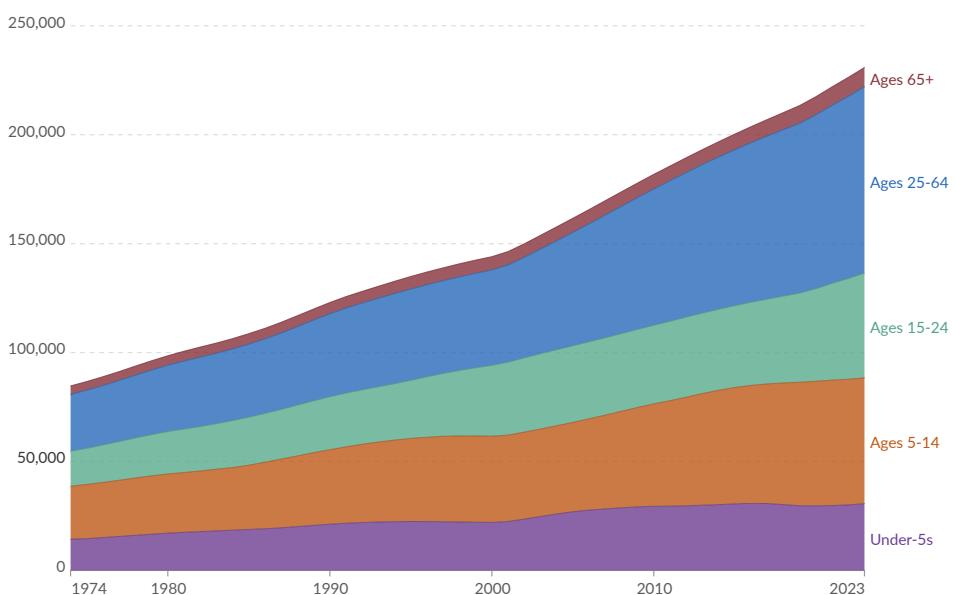
Figura 2. Distribuição percentual da população entre zonas urbanas e rurais



Fonte: <https://ourworldindata.org>

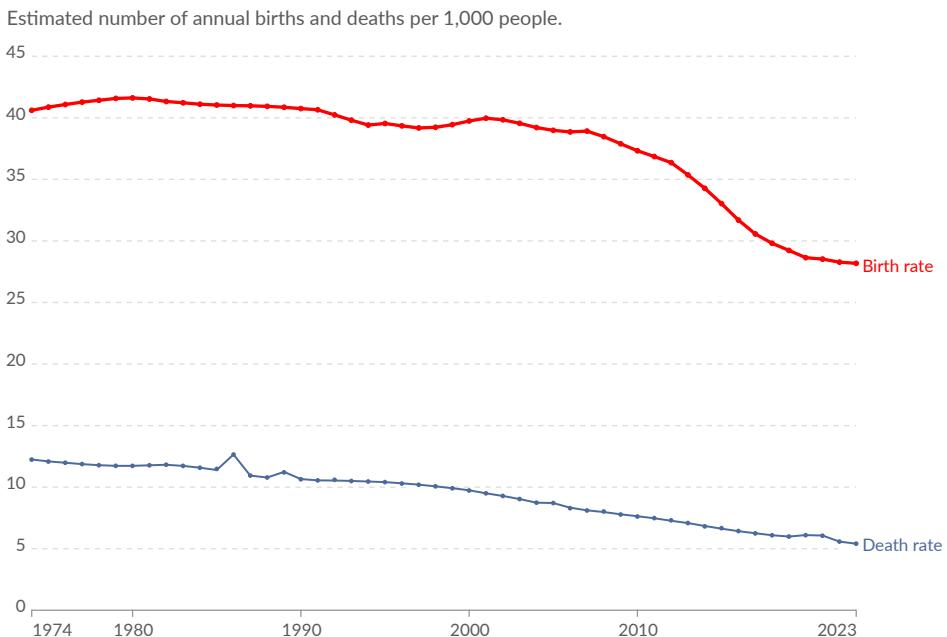
A estrutura etária, ainda relativamente jovem, reflete uma diminuição paulatina da população com menos de 15 anos relativamente aos restantes grupos etários (Figura 3), resultado de uma taxa de natalidade a diminuir mais rapidamente que a taxa de mortalidade (Figura 4), que, por sua vez, refletem no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

Figura 3. Estrutura etária da população



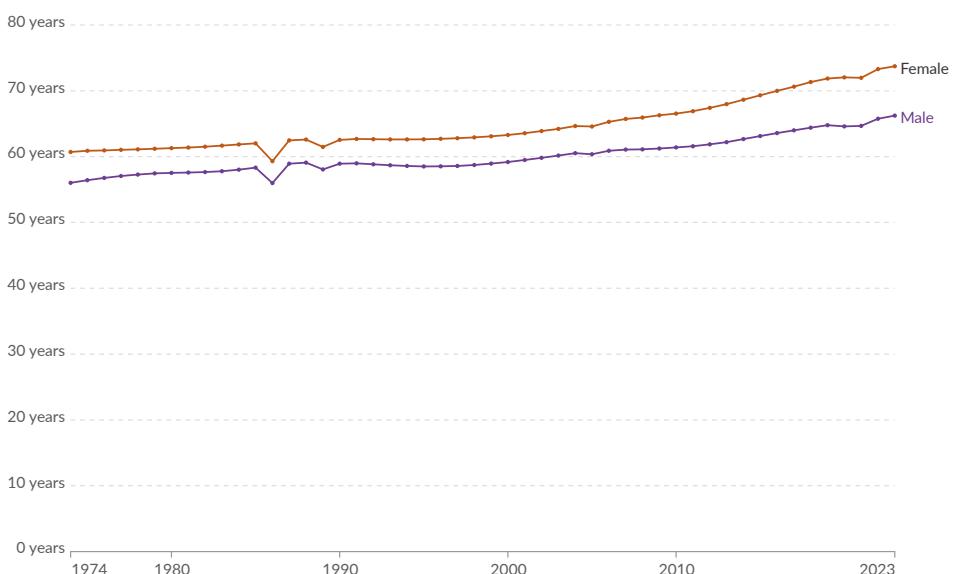
Fonte: <https://ourworldindata.org>

Figura 4. Evolução das taxas de natalidade e mortalidade



Fonte: <https://ourworldindata.org>

Figura 5. Esperança de vida à nascença por sexo

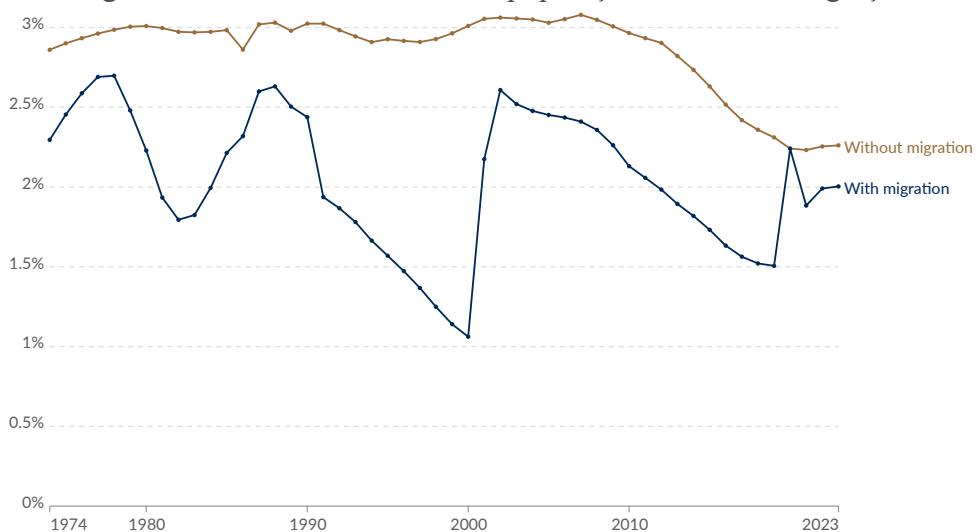


1. Period life expectancy: Period life expectancy is a metric that summarizes death rates across all age groups in one particular year. For a given year, it represents the average lifespan for a hypothetical group of people, if they experienced the same age-specific death rates throughout their whole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

Fonte: <https://ourworldindata.org>

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

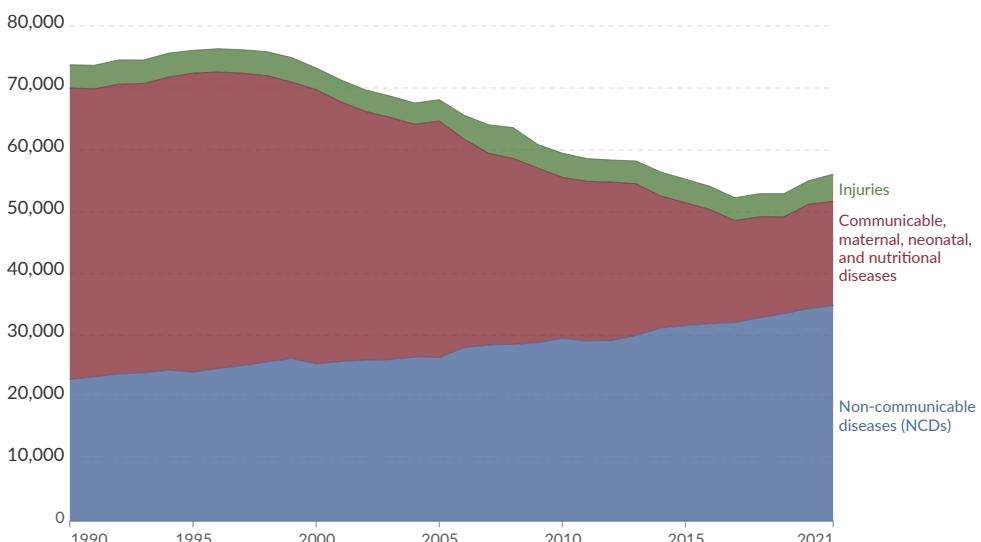
Figura 6. Taxa de crescimento da população com e sem migração



Fonte: <https://ourworldindata.org>

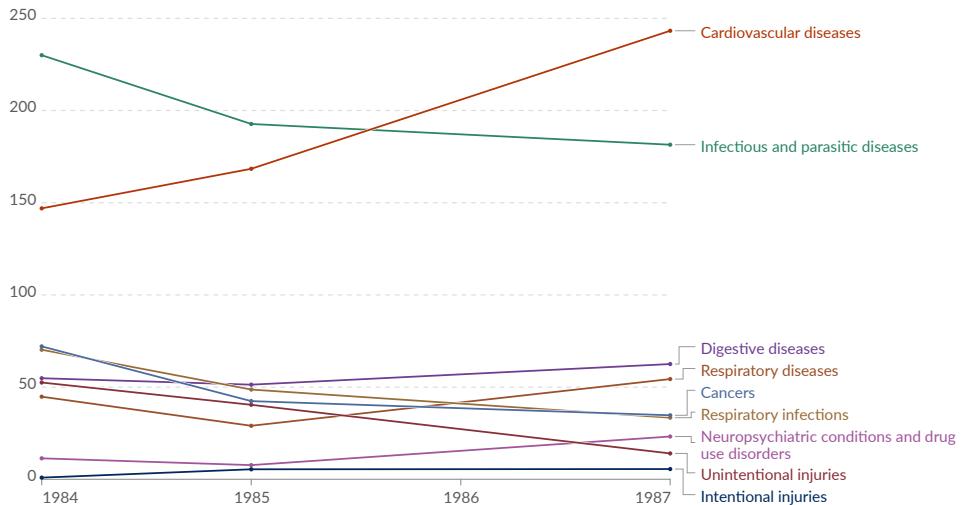
As transições demográfica e epidemiológica refletem-se no peso crescente das doenças não transmissíveis na carga de doença (Figura 7) e na mortalidade (Figura 8), com compressão desta para grupos etários mais avançados (Figura 9).

Figura 7. Carga de doença por causa



Fonte: <https://ourworldindata.org>

Figura 8. Taxa de mortalidade pelas 10 causas mais frequentes

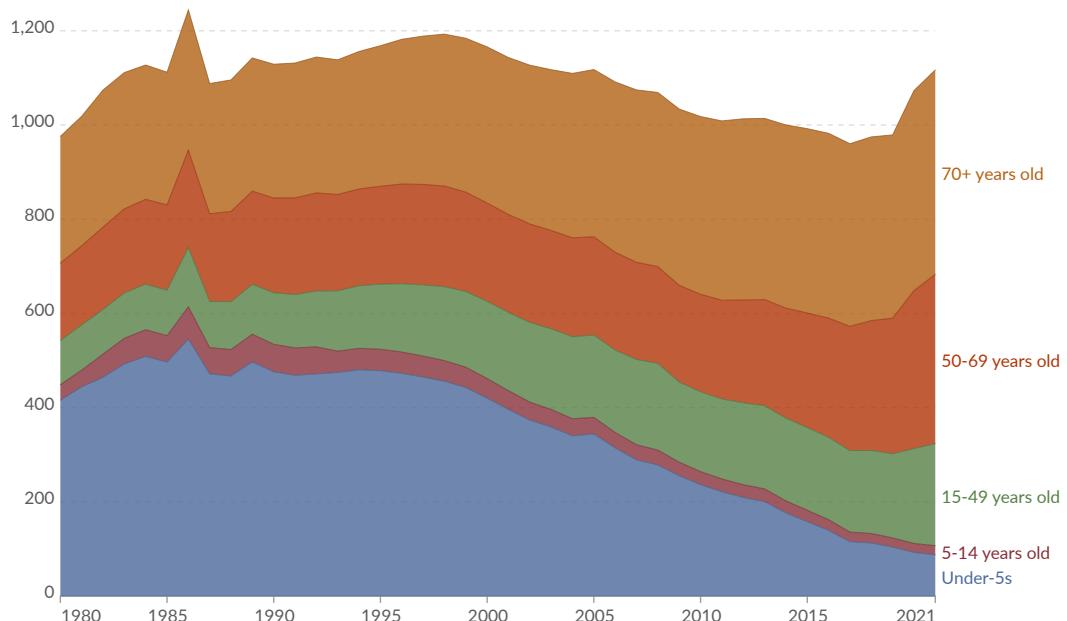


1.Underlying cause of death: The 'underlying cause of death' is defined by the World Health Organization as: a) the disease or injury which initiated the train of morbid events leading directly to death, or b) the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury. All deaths may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

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

fonte: <https://ourworldindata.org>

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



Fonte: <https://ourworldindata.org>

CONJUNTURA ECONÔMICA

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

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

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

Caixa 1. Contas nacionais de saúde 2012-2021

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

em 2000 para pouco menos de 8% do PIB em 2021, correspondendo a cerca de US\$ 200 per capita por ano. Destas despesas, fontes públicas nacionais correspondem a cerca de 2,5% do PIB, representado por volta de metade do total das despesas, com as despesas privadas a corresponderem a pouco menos de 25% desse total e os pagamentos diretos a quase 20%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FASE COLONIAL

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

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

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

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

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

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

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

DESDE A INDEPENDÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Caixa 2. Intervenção do Instituto Marquês de Valle Flôr

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

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

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

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa⁶.

Caixa 3. Desenvolvimento da telemedicina em São Tomé e Príncipe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O nível Regional está organizado em quatro áreas de saúde, nomeadamente a Área de Saúde da Região Norte (distritos de Lobata e Lembá), a Área de Saúde da Região Centro (distritos de Água Grande e Mé-Zóchi), a Área de Saúde da Região Sul (distritos de Caué e Cantagalo) e a Área de Saúde da Região Autónoma do Príncipe (distrito sanitário do Príncipe). Identificam-se quatro tipos de unidades públicas de cuidados distintas: hospitais (Caixa 4), CS, postos de saúde e postos de saúde comunitário.

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

Caixa 4. Os serviços hospitalares

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

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

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

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

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

Caixa 5. Os Centros de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

médico-social integrada/Equipes de Saúde da Família.

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

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

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

Caixa 6. Os Postos de Saúde

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

Os postos de saúde terão de garantir prestações de:

- Consulta médica geral e manter a continuidade de cuidados e de referência para as situações clínicas novas;
- Cuidados aos recém-nascidos; consulta pós-parto; planejamento familiar sem inserção de dispositivos intrauterinos; triagem ginecológica e de grávidas.
- Um atendimento integral à criança que demanda cuidados de saúde no posto de saúde, fazendo-lhe a vacinação; a vigilância do crescimento e desenvolvimento; a triagem para problemas de saúde; a reidratação por via oral; a promoção do aleitamento materno; a reabilitação de base comunitária e o aconselhamento nutricional.
- Atividades preventivas, incluindo a profilaxia das doenças evitáveis, e as promocionais da saúde dos indivíduos e do meio

ambiental, englobando desde visita domiciliar a doentes, com aconselhamento e tratamento, até visita às escolas e estabelecimentos comerciais, ao controle dos pontos de abastecimento de água até a promoção de hábitos e comportamentos saudáveis.

- Atendimento na urgência em regime de chamada.
- Procedimentos vários de natureza terapêutica, nomeadamente, drenagem de abcessos; suturas; curativos; injeções intramusculares e intravenosas; a reidratação intravenosa e a vigilância de doentes em observação, incluindo a administração de medicamentos. A esterilização de material deve constar das tarefas rotineiras dos postos de saúde.
- A extração dentária, que vem sendo feita em alguns postos de saúde mais por iniciativa de alguns enfermeiros, deverá passar a constar do pacote das urgências, como uma solução a um problema específico, mas enquadrado, o máximo possível, no programa de saúde bucodental.
- Apoiar as atividades desenvolvidas durante as visitas itinerantes aos postos de saúde – médica (periodicidade – quinzenal ou semanal) e da equipe de saúde materno-infantil e planejamento familiar – que devem também assumir um papel de supervisão.

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

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

Caixa 7. Postos Comunitários de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

to dos salários aos professores.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

REFERÊNCIAS

1. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2012-2013. São Tomé: Ministério da Saúde; 2016.
2. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2014-2015. São Tomé: Ministério da Saúde; 2018.
3. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2016-2017. São Tomé: Ministério da Saúde; 2020.
4. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde. Contas da Saúde 2018-2021. São Tomé: Ministério da Saúde; 2023.
5. Conselho Económico e Social das Nações Unidas; Comissão Económica para África. Reunião do Comité de Peritos da 4ª Reunião Anual Conjunta da Conferência da UA dos Ministros da Economia e Finanças e Conferência da CEA dos Ministros Africanos das Finanças, Planificação e Desenvolvimento Económico Adis Abeba, Etiópia 24 – 27 de Março de 2011. Nota informativa: 10 anos após o “compromisso de Abuja” de atribuir 15% dos orçamentos nacionais ao sector da saúde. E/ECA/COE/30/22 & AU/CAMEF/EXP/22(VI) [Internet]. Adis, Etiópia: ECOSOC, CEA; 2011 mar 24-27 [citado 2024 dez 21]. Disponível em: https://archive.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/cfm2011/com2011_informationnote10years-after-theabujacommitment_prt.pdf
6. Freitas, P, Santana P, Zaky A, Vaz A. Saúde para todos: mudando o paradigma de prestação dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe: estudo de caso. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flor; 2010.
7. Organização Mundial da Saúde São Tomé e Príncipe. Destaques do Biénio 2022 – 2023 em São Tomé and Príncipe. Contributos da OMS no sector da saúde [Internet]. São Tomé: OMS São Tomé e Príncipe; 2024 [citado 2024 dez 20]. Disponível em <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-01/DESTAQUES%20DO%20BI%C3%89NIO%202022%20E%28%932023%20%20Sao%20Tome%20e%20Principe.pdf>

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

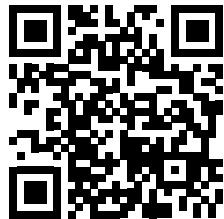
22. Instituto Marquês de Valle Flôr. 12 anos de Telemedicina entre Portugal e São Tomé e Príncipe – uma evolução pioneira da tecnologia ao serviço da Saúde. IMVF [Internet]. 2023 mar 8 [citado 2024 nov 9]. Disponível em: <https://www.imvf.org/2023/03/08/12-anos-de-telemedicina-entre-portugal-e-sao-tome-e-principe-uma-evolucao-pioneira-da-tecnologia-ao-servico-da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

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

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

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

www.conass.org.br/biblioteca



POSFÁCIO

Sistemas de saúde são um reflexo dos valores, da cultura e das aspirações das sociedades. Por um lado, materializam-se pela ação dos governantes – seja para a elaboração das leis, seja na sua aplicação –, por outro, pela mobilização, organização e participação das comunidades e cidadãos.

Em 1883, Bismarck, Chanceler da Alemanha, concebeu e implementou um sistema de seguro social baseado na contribuição de trabalhadores e empregadores. Já em 1942, Sir William Beveridge, economista e político britânico, propôs um modelo universalista de seguro social, financiado pelos impostos gerais de todos os cidadãos, independentemente de contribuições específicas. Inspirados nos dois modelos, vários países adotaram um ou outro e, ainda, mesclaram, por vezes, elementos de ambos, a fim de estruturar seus sistemas de saúde.

A presente publicação dedica-se à análise de como os sistemas de saúde nos Estados-Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) têm se comportado ao longo dos últimos 50 anos, no ensejo das comemorações do cinquentenário do 25 de abril de 1974, movimento que pôs fim ao regime salazarista e instaurou um governo democrático na República portuguesa.

É bem verdade que, nesses 50 anos, o mundo, inclusive os países de língua oficial portuguesa, defrontou-se com várias transformações de diferentes matizes, nomeadamente: políticas (transições para a independências e para a democracia); econômicas (para um maior ênfase na economia de mercado livre); demográficas (estando os diferentes Estados-Membros da CPLP em diferentes fase da transição demográfica); epidemiológicas (sendo os modelos de transição variáveis, tendo todos em comum uma evolução para uma tripla carga da doença); nutricionais (levando a pandemias silenciosas de malnutrição e a situações em que se convive com a obesidade), e climáticas (com impacto crescente em emergências de saúde pública, mas em todas as outras transformações já referidas).

Os sistemas de proteção social, incluindo a saúde, tiveram que se adaptar a essas transformações, a fim de melhor responder às necessidades e às mudanças por elas exigidas.

Assim, a análise de como os sistemas de saúde dos países da CPLP evoluíram ao longo do tempo, de como alguns problemas e fragilidades foram superados e, sobretudo, quais os desafios que ainda necessitam ser enfrentados e resolvidos é um caminho interessante que permite aquilar a capacidade relativa de cada um deles, as prioridades políticas que permitiram ou não essa evolução e, ainda, os obstáculos pretéritos e presentes.

As especificidades nas respostas desenvolvidas para garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, melhorando os indicadores de saúde, nos diferentes

contextos dos países de língua portuguesa, identificam preocupações comuns a todos, como grandes desafios na governação dos sistemas de saúde, no seu financiamento e na sua força de trabalho. Além disso, está bem explícito o compromisso com a centralidade dos Cuidados de Saúde Primários em todos os sistemas de saúde estudados.

Muito do que vem espelhado nos diferentes capítulos foi confirmado nos debates e conclusões do seminário internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na CPLP, realizado em Lisboa, em novembro de 2024, sob a coordenação da Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional de seus Observadores Consultivos, em colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa. Emergiram constatações importantes, consignadas no documento-síntese do encontro. Dentre elas, vale ressaltar que

[...] somos, hoje, sociedades mais urbanas, maiores, mais ricas, porém com bolsas persistentes de pobreza; com uma tendência de melhoria de vários indicadores de qualidade de vida associados ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e à saúde; com maior acesso às tecnologias de informação e comunicação. Por outro lado, associado às transições demográfica e epidemiológica, temos o crescimento das doenças não transmissíveis; os acidentes de transporte terrestre e a persistência de doenças negligenciadas. Há ainda que reconhecer a emergência de novos desafios, tais como as alterações climáticas e suas consequências; a interrelação entre a saúde humana, a saúde animal e a saúde ambiental, no que se configura a expressão Uma Só Saúde. Para além, o paradoxo entre a persistência da fome e as consequências da má alimentação, que conduzem à obesidade.

O mesmo documento destaca que:

É preciso que a discussão das políticas de saúde seja feita de forma apropriada e ascendente pela sociedade civil, com responsabilização do Estado;
É incontornável a constatação da importância da informação e da comunicação em saúde, em linguagem e formas consentâneas com a cultura local;
Reconhecemos que há uma contradição entre o que se sabe e o que se pratica em matéria de definição de prioridades governamentais, com impactos negativos sobre a saúde.

Ao fim e ao cabo, exorta para que os Estados-Membros se comprometam com a meta de cobertura universal em saúde, porém com garantia de acesso e com a finalidade de desenvolver sistemas universais de saúde.

Espera-se que a coletânea de relatos aqui reunidos contribua para o aperfeiçoamento contínuo dos nossos sistemas de saúde em permanente diálogo entre os Estados-Membros.

Fernando P. Cupertino de Barros MD, PhD

Coordenador da Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos da CPLP

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – Brasil

Paulo Ferrinho MD, PhD

Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – Portugal

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.
