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

João Soares Martins¹

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

SISTEMA DE SAÚDE DURANTE A COLONIZAÇÃO PORTUGUESA E A OCUPAÇÃO INDONÉSIA

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

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

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

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

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

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

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

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

SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE O PERÍODO DE EMERGÊNCIA DA UNTAET (1999-2002)

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

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

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

A criação do Ministério da Saúde do Timor-Leste

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 1: Cadastro

Quadro 2: Assistência nutricional e promoção da saúde infantil

Quadro 3: Saúde materna e planejamento familiar (espaçamento)

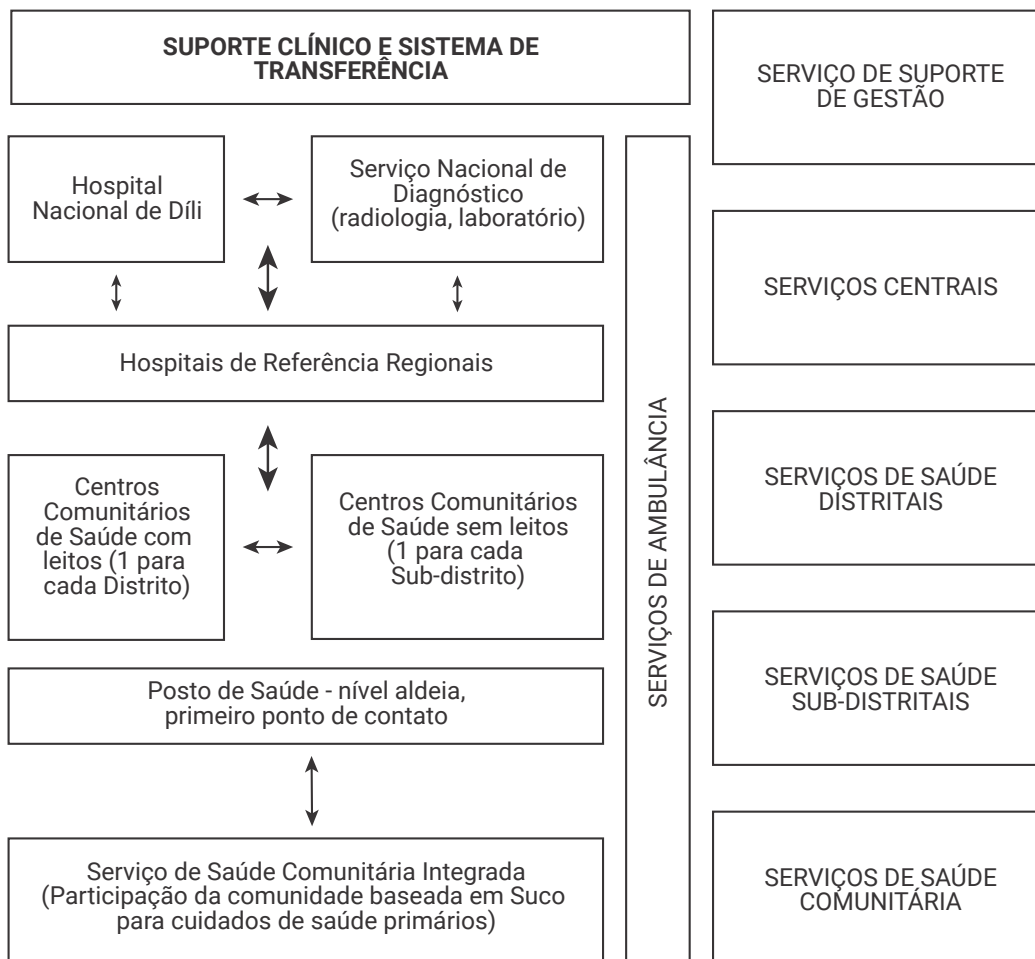
Quadro 4: Higiene, saneamento e prevenção da malária

Quadro 5: Atenção primária ambulatorial

Quadro 6: Atividades de promoção da saúde

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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