



**PRIMEIRO  
MINISTRO**

**DISCURSO DE SUA EXCELÊNCIA O PRIMEIRO-MINISTRO DA  
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR-LESTE,  
DR. RUI MARIA DE ARAÚJO,  
POR OCASIÃO DA SESSÃO DE ABERTURA DA  
II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -  
“SAÚDE NA FAMÍLIA”**

**Palácio Nobre, Lahane  
19 de dezembro de 2015**

Excelência Senhor ex-Presidente da República Democrática de Timor-Leste e Prémio Nobel da Paz, Dr. José Ramos-Horta

Exma. Senhora Ministra da Saúde e colegas membros do Governo

Exmo. Senhor Representante da Organização Mundial de Saúde

Exmo. Senhor Embaixador de Cuba para Timor-Leste e Representantes do Corpo Diplomático

Exmo. Senhor Coordenador da Brigada Médica Cubana e respetivos médicos e profissionais de saúde

Exmos. Senhores

Médicos e profissionais de saúde timorenses

Representantes das Organizações internacionais e Organizações Não-Governamentais em Timor-Leste

Representantes da Sociedade Civil

Oradores e moderadores

Senhoras e Senhores,

É para mim motivo de grande satisfação poder estar aqui hoje na II Conferência Nacional de Saúde, subordinada ao tema “Saúde na Família”, que, quer como Primeiro-Ministro quer como médico de formação, me é uma área muito cara.

Aproveito a oportunidade para congratular o Ministério da Saúde, a Brigada Médica Cubana e a Organização Mundial de Saúde, pelo trabalho conjunto que têm vindo a realizar e por esta iniciativa que, pelo que podemos constatar pela quantidade de participantes, foi muito bem acolhida.

E porque falar de saúde é falar de um tema que a todos toca e que a todos diz respeito, porque falar de saúde é falar de vida, é falar de desenvolvimento e é falar de qualidade de vida, quer do indivíduo enquanto *uno* quer do indivíduo enquanto integrado numa comunidade, permitam-me que me dirija a todos não só como Primeiro-Ministro mas também como médico que sou.

Gostaria por isso de vos falar da evolução da **medicina social**, das **diferenças entre a medicina com fins lucrativos e a medicina com fins preventivos**, não podendo deixar de referir também os **Cuidados de Saúde Primários**, o **Programa “Saúde na Família”**, e naturalmente aquilo que **Timor-Leste já alcançou** nesta área e das **potencialidades deste programa e da “dispensarização”** no desenvolvimento do país.

A saúde - física e mental - além de ser fundamental, é a força dos povos e das Nações, e é uma prioridade para o Governo pelo que considero muito pertinente, tendo até em conta o cariz desta Conferência Nacional, fazer uma breve resenha sobre estes temas para melhor compreendermos as opções assentes nas políticas que têm vindo a ser tomadas no que respeita ao setor da saúde.

Excelências  
Senhoras e Senhores,

Para falar de saúde tem também de se falar em doença e aquilo que entendemos como “doença” existe há tanto tempo quanto o Homem. Aliás, ainda mesmo antes de Cristo, no século 0, já filósofos apontavam para a influência de alguns fatores ambientais sobre a saúde das pessoas, chegando mesmo algumas civilizações tais como egípcios, hebreus, gregos, romanos e aztecas, por exemplo, a recomendar a prática da higiene pessoal, a construção de canais que permitissem diferenciar e escoar a água potável das águas residuais, e a utilização de padrões de alimentação, sexualidade, trabalho e repouso.

No entanto, na Idade Média, surgiram manifestações contrárias àquilo que os filósofos tinham alegado na medida em que, com a negligência sobre a higiene pessoal e limpeza pública às quais se juntaram movimentos migratórios bélicos e o baixo nível socioeconómico, surgiram grandes epidemias como a peste e a lepra, entre outras.

Em meados do século XIX, Rudolf Virchow, um patologista alemão, depois de constatar que o aparecimento de doenças era mais frequente em pessoas de classe mais baixa, defendeu que o Governo deveria ser responsável pela criação de um “serviço público de saúde”, cujos serviços teriam de ser prestados em instalações públicas de saúde e por profissionais de saúde contratados pelo Estado.

Virchow era um grande apologeta de que as condições sociais em que o indivíduo vivia contribuíam para a prevenção e erradicação de doenças e que o acesso aos cuidados de saúde deveria ser um direito do cidadão, assegurado através da criação deste sistema pelo Estado. Assim, sendo o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde um trabalho de defesa da saúde e de assistência médica direta dos mais necessitados, Rudolf Virchow apelidou-os de “médicos dos pobres”. Segundo o próprio, “a medicina é uma ciência social e a política não é mais do que medicina em larga escala”, querendo com isto referir que as transformações sociopolíticas podiam gerar melhores condições para os trabalhadores e, portanto, melhorar as condições de saúde das populações.

A verdade é que aquilo que defendia teve um grande impacto na América Latina, para onde emigraram alguns dos seus seguidores, ou discípulos, que mais tarde assumiram cargos de liderança, por exemplo, na Universidade do Chile. Esta escola veio a influenciar toda uma geração de estudantes, incluindo Salvador Allende que mais tarde se tornou Senador e Presidente do Chile e que por sua vez criou o Serviço Nacional de Saúde Chileno, que garantia o acesso à saúde a todos.

Sob esta forte influência, e ainda no século XIX, outros países tiveram um desenvolvimento considerável da saúde pública, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, onde a aprovação de leis de saúde pública, como a de Edwin Chadwick em Inglaterra, conseguiram reduzir a taxa de mortalidade de algumas doenças infecciosas que afetavam algumas populações, principalmente as que viviam em piores condições de saneamento.

Até essa altura, a prática da medicina era orientada, quase exclusivamente, para a cura das doenças que surgiam, uma vez que a epidemiologia mal existia e não havia conhecimento sobre as principais doenças infetocontagiosas.

Em meados do século XIX quase todos os médicos sustentavam que as doenças eram transmitidas pela sujidade da qual emanavam “miasmas”, portadores de doenças para as pessoas, ao passo que outros médicos argumentavam que a doença passava das pessoas doentes para as pessoas saudáveis por contágio de possíveis microrganismos.

Os estudos de Robert Koch sobre o bacilo da tuberculose acabaram por dar razão aos segundos, tendo a atenção passado a concentrar-se nos microrganismos ao passo que as medidas de saúde pública, destinadas a combater a sujidade tais como água potável, drenagens, regulamentação de lixeiras, entre outras, foram relegadas para segundo plano.

Já no século XX, começaram a surgir ideias relacionadas com medidas de saúde pública, mesmo que num plano idêntico ao de contágio por microrganismos, e em 1920 o bacteriólogo norte-americano Charles Edward Winslow definiu saúde pública como: *“a ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física mediante esforços organizados da comunidade para limpar o meio ambiente, controlar os contágios da comunidade e educar o indivíduo nos princípios de higiene pessoal; organizar serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico antecipado das doenças assim como o desenvolvimento da máquina social que assegure a cada indivíduo da comunidade um nível de vida adequado para manter o seu estado de saúde”*. Mais tarde, o próprio autor mudou o termo “saúde física” para “saúde física e mental”.

Em 1937, o médico suíço Henry Ernest Sigerist, fundador da escola moderna de análise sociológica da história da medicina e fundador da corrente de Medicina Social nos Estados Unidos, depois de muitos estudos sobre a História da Medicina, publicou o livro intitulado “Medicina Socializada na União Soviética” e a partir daí começou a divulgar-se, entre a classe médica, o conceito de medicina social, comumente associado a “saúde pública”, no esforço de entender o que se conhece como “determinantes sociais de saúde da população”.

Na América Latina, Cuba, influenciado pela medicina social de Salvador Allende, foi um dos países que teve a capacidade de desenvolver um sistema de saúde mais eficaz, o que se refletiu no sucesso dos resultados. A verdade é que a própria Revolução Cubana contribuiu para esse sucesso, gerando uma onda de solidariedade social interna e, mais tarde, internacional. As fortes características humanitárias e solidárias deste povo, juntamente com os seus conhecimentos técnicos, em muito foram relevantes e cruciais para levar a saúde e os cuidados médicos a cada um individualmente mas também a cada família.

É certo que as nossas características sociais e culturais podem ser fatores determinantes em algumas áreas. E nós os timorenses, até pela nossa história, somos bem um exemplo de um povo que vive muito “em família” e “para a família”, para a comunidade, e por isso nos identificamos com o exemplo do sistema de Cuba.

E é neste sentido de proximidade que vamos querer continuar a avançar. Sabemos que este é um modelo que nos assenta porque conhecemos bem a nossa cultura e os nossos hábitos, somos um povo maioritariamente cristão, com princípios assentes no humanismo e na solidariedade. Estas são características que vão permitir, juntamente

com o conhecimento técnico dos atuais e futuros médicos timorenses, levar a todo o país - sobretudo às zonas mais rurais - os cuidados que a nossa população precisa para promover de perto as boas práticas de prevenção, cura e reabilitação da saúde, de acordo com as suas expectativas, como aliás já fazemos com o Programa “Saúde na Família”.

Em suma, a **medicina social** procura:

- Perceber a forma como as condições sociais e económicas têm impacto na saúde e na doença, assim como a sua importância na medicina;
- Promover as condições em que a compreensão sobre este tema pode levar a uma sociedade mais saudável;
- Estudar a população como um coletivo e não só o indivíduo isoladamente.

Excelências

Senhoras e Senhores,

O desenvolvimento da saúde pública e a influência que, sobre esta ciência, exerceram os conceitos de medicina social de Virchow, Sigerist e outros, assim como o estudo dos determinantes sociais de saúde da população, permitem-nos diferenciar dois tipos de medicina: o primeiro, e mais antigo, é o da medicina essencialmente curativa, seja ela gratuita ou não; e o segundo é o da medicina fundamentada nos princípios da orientação profilática ou da prevenção das doenças.

A medicina curativa limita a sua prática à cura das doenças e pouco faz para prevenir a sua ocorrência no Homem, pelo que tem muito pouco a ver com a promoção de um estilo de vida saudável e com a implementação de todas as medidas que contribuam para garantir a qualidade de vida da população. Este tipo de medicina existe, fundamentalmente, em algumas sociedades capitalistas, sobretudo aquelas que são marcadas pelo exercício privado de medicina e o interesse no lucro por parte daqueles que a praticam.

Por outro lado, a medicina essencialmente baseada na profilaxia das doenças, que em nada descarta a atividade curativa, foca-se em evitar a aparição de doenças dando ênfase a uma educação sanitária adequada, conduzindo a população para a prática de estilos de vida saudáveis, sob todos os pontos de vista, e a utilizar medidas de prevenção das doenças, através da vacinação e do controlo, dos principais fatores de risco para a saúde que estão presentes nas comunidades.

Este último é o tipo de medicina que se pratica em Cuba e o que praticam os médicos da Brigada Médica Cubana em Timor-Leste, que desde 2004 nos apoiam neste setor. E foi este, também, que permitiu que um país como Cuba, com um bloqueio económico, comercial e financeiro, e com poucos recursos naturais, tenha hoje melhores indicadores de saúde que muitos países desenvolvidos, o que vai ao encontro do que defendia Rudolf Virchow quando referiu que “a política é medicina em larga escala”.

A prática de ambas é, sem dúvida, oposta porque enquanto a primeira procura atender as pessoas doentes, a segunda visa dar atenção às pessoas saudáveis, ou com fatores de risco, de forma a evitar que adoeçam prestando, ao mesmo tempo, especial atenção às condições socioeconômicas que contribuem para ter uma população saudável.

Excelências

Senhoras e Senhores,

A segunda metade do século XX caracterizou-se por alguns avanços na área da anestesia, dos medicamentos e da tecnologia médica, o que veio encarecer os serviços de saúde.

Entre outros fatores, isto fez com que alguns países começassem a procurar alternativas como o programa “Feldsher” na ex-União Soviética, os “Médicos Descalços” na República Popular da China ou os “Promotores de Saúde” na Guatemala, que resolveram sobretudo a falta de serviços e que, devido ao seu êxito, acabaram por dar origem a programas similares noutros países.

No entanto, e por conta dos avanços científicos, os serviços de saúde continuavam a não ser baratos, o que de certa forma, veio impulsionar, em 1974, o Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, a produzir um relatório sobre “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses” e que veio revolucionar a Saúde Pública.

O Relatório Lalonde, como ficou a ser conhecido, veio trazer novos desafios no campo da saúde pública ao reconhecer a necessidade de transformar os sistemas de saúde, passando-os de um modelo baseado na cura das doenças para um modelo baseado na promoção da saúde, capaz de reduzir as desigualdades, aumentar a prevenção e capacitação das pessoas para lidar com aquilo que limitava o seu bem-estar.

Este foi, talvez, o primeiro país industrializado a reconhecer que as intervenções biomédicas, ou seja, os serviços médicos, os serviços hospitalares e os produtos farmacêuticos, entre outros, não foram os principais responsáveis pelo bem-estar individual ou pela melhoria das condições de saúde da população.

Com todas estas evidências no campo da Saúde Pública, a Organização Mundial de Saúde, em 1978, convocou uma Conferência Mundial em Alma-Ata, no Cazaquistão, onde ficou decidido implementar uma estratégia adequada aos Cuidados de Saúde Primária. A Declaração de Alma-Ata, que emanou desta Conferência, veio indicar o caminho que todos os países deviam seguir, sobretudo os menos desenvolvidos, para que se pudesse transformar a realidade da situação da saúde que existia a nível internacional, dando mais importância aos cuidados de saúde primários como sendo a estratégia mais adequada um melhor nível de saúde dos povos.

Desta conferência saiu a famosa meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que teve como base um conjunto de indicadores de saúde que deveriam ser melhorados mas que muitos países não conseguiram alcançar, incluindo Timor-Leste, até porque não éramos ainda um país independente.

Depois do ano 2000, a OMS traçou os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio cujas metas deveriam ser alcançadas até 2015, que agora termina, mas que não teve o sucesso desejado. Recentemente, a Organização das Nações Unidas adotou a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030, que inclui os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, numa cerimónia onde tive a honra de representar Timor-Leste e tive a oportunidade de reiterar o nosso compromisso na prossecução desta meta até ao ano de 2030.

Excelências  
Senhoras e Senhores,

O Ministério da Saúde de Timor-Leste, em conformidade com a Declaração da OMS sobre a Estratégia para os Cuidados de Saúde Primária, pretende ir ao encontro das necessidades e aspirações do nosso povo, reorganizando os serviços de saúde no país.

Por isso, temos vindo a dar importantes passos de forma a melhorar os indicadores de saúde. Cientes da falta de recursos humanos capacitados neste setor, estabelecemos, desde 2004, cooperação com o Governo da República de Cuba o que nos permitiu receber inúmeros médicos especialistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde deste nosso país irmão, cujo total soma atualmente 1.204 profissionais de saúde, Timorenses, entre eles 798 médicos.

Parte dessa cooperação está também refletida na criação da Escola Superior de Medicina da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade Nacional Timor Lorosa'e, que conta com 886 novos médicos, filhos da nossa terra, o que representa - considerando já o novo relatório do Censos 2015 - 1 médico para cada cerca de 1.300 habitantes e um dos melhores índices de médicos por cada 1000 habitantes no contexto regional do Sudeste Asiático, como foi muito bem dito pelo Ex-Presidente Dr. Ramos-Horta.

E porque os objetivos que queremos alcançar exigem um grande esforço, o Ministério da Saúde está a trabalhar com dedicação e empenho no novo Programa de Cuidados de Saúde Primária, baseado no programa cubano - "Atenção Primária de Saúde" - no qual a esmagadora maioria dos médicos que lhe estão afetos receberam formação na Escola Cubana de Medicina e tiveram como professores os próprios médicos da Brigada Médica Cubana.

A experiência cubana na "Atenção Primária de Saúde" é internacionalmente reconhecida, assim como o seu método de prestação de serviços de assistência à população, e tenho por certo que todos já ouviram falar de "dispensarização".

A "dispensarização" é um processo organizado, contínuo e dinâmico de avaliação e intervenção planificada e integral, com uma abordagem clínica, epidemiológica e social, do estado de saúde das pessoas, das suas famílias e da comunidade em que vivem e estão inseridas, e tem como finalidade:

1º- Desenvolver um processo de melhoria contínua do estado de saúde do indivíduo e da sua família;

2º- Aumentar a satisfação da população em relação aos serviços de saúde prestados;

3º- Determinar o estado de saúde do indivíduo e da sua família;

4º- Identificar e intervir perante os riscos, doenças e outras situações relacionadas com a saúde do indivíduo e da sua família;

5º- Facilitar a intervenção multidisciplinar nos problemas de saúde do indivíduo e da sua família;

6º- Fornecer a informação necessária sobre a saúde individual e familiar para o desenvolvimento de estudos da situação de saúde e através delas melhorar a eficiência do trabalho no sistema de medicina familiar.

Acreditamos que este método nos vai trazer resultados tão positivos quanto os que temos como exemplo e que vai realmente permitir aumentar o bem-estar do nosso povo, desde a cidade até às áreas mais remotas, desde o mar até à montanha.

Excelências

Senhoras e Senhores,

O Governo lançou, em meados deste ano, o Programa “Saúde na Família” e, de acordo com os dados de há 1 semana atrás (11 de dezembro), foram visitadas 1.579 casas por todos os 13 municípios do país, resultando em 2.232 famílias visitadas, que no total correspondem a 10.096 cidadãos, dos quais 9.162 foram “dispensarizados”. Estes 9.162 estão divididos em 4 grupos:

- Grupo I: Cidadãos aparentemente saudáveis – 105
- Grupo II: Cidadãos de risco – 7.887
- Grupo III: Cidadãos doentes – 1.054
- Grupo IV: Cidadãos com deficiência – 116

Com este método conseguimos perceber que entre os fatores de risco predominam os riscos ambientais, o tabaco, o consumo de “mama malus”, a má nutrição e o alcoolismo. Por outro lado, as doenças mais frequentes são a malária, tuberculose, dengue e hepatite, e conseguimos também obter informação acerca das doenças crónicas mais frequentes como a hipertensão arterial, a asma e a diabetes.

Se considerarmos, com base no relatório preliminar do Censos 2015, que o número de habitantes no nosso país aumentou, podemos dizer que chegámos a cerca de 1% da nossa população estando o Governo fortemente empenhado para que, até final de 2016, cada membro de cada família, em todo o território nacional, tenha tido um primeiro contacto com um prestador de cuidados de saúde e posteriores consultas, caso seja necessário. Este é um objetivo que queremos atingir e para o qual necessitamos da colaboração e do esforço de todos, quer da equipas de prestação de cuidados médicos quer dos próprios cidadãos, até porque é benéfico para todos.

Temos vindo a investir no sentido de criar condições, sejam elas infraestruturas ou recursos humanos, que contribuem para melhorar as condições de saúde e de acesso a

cuidados médicos da população. O desenvolvimento de unidades de saúde, de infraestruturas básicas de água e saneamento, a colocação de médicos nas aldeias e sucos e a implementação da “Saúde na Família” são todo um conjunto de medidas que o Governo tomou para ultrapassar mais uma etapa no desenvolvimento da saúde pública em Timor-Leste.

Todos estes dados de que já vos falei, e que foram recolhidos através da “dispensarização”, dão-nos um conjunto de informações que, bem utilizados, nos vão permitir identificar as principais fragilidades do sistema, as principais doenças que afetam a população, sejam elas infetocontagiosas ou não, os fatores de risco a que estamos expostos, quer do ponto de vista das condições e estilos de vida quer dos riscos ambientais e biogénéticos.

O Ministério da Saúde vai fazer uma avaliação dos diversos tipos de indicadores, tais como os dados demográficos, os de morbidez, mortalidade, recursos e serviços e os relacionados com a higiene e saneamento, de todo o território nacional, de forma a garantir que o desenvolvimento do nosso sistema de saúde seja o mais harmonioso possível com as reais necessidades da população.

Dispomos também de uma nova ferramenta informática que, com o apoio da Brigada Médica Cubana e de organizações internacionais como a OMS, vai permitir ao Governo, através do Ministério da Saúde, um acompanhamento permanente e sistemático dos resultados do programa “Saúde na Família”, que com certeza constituirão um precioso instrumento de gestão na saúde.

Temos, portanto, um conjunto de condições que nos vão permitir, juntamente com empenho e dedicação, percorrer o caminho para cumprir a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030. Sabemos que ainda nos faltam muitos passos para chegar ao destino final mas sabemos, também, que estamos no caminho certo. Com um povo saudável e forte teremos uma Nação forte!

Excelências  
Senhoras e Senhores,

Há pouco mencionei a República de Cuba como o exemplo de um país que alcançou resultados “invejáveis”, até mesmo em comparação com países desenvolvidos, no que respeita a indicadores de saúde e desenvolvimento humano. Timor-Leste está, de certa forma, a seguir-lhe o exemplo e contamos, por isso, conseguir alcançar um bom progresso com os resultados deste programa “Saúde na Família”.

Nesse sentido, faço aqui um apelo a todos os professores, médicos e outros profissionais de saúde, para manterem o vosso espírito altruísta, de quem dedica a sua vida profissional em prol de melhores condições de saúde e bem-estar de outros. Continuamos a contar com o vosso conhecimento, esforço e dedicação!

Aproveito também a ocasião, que me parece mais que oportuna, para, em nome do Governo e dos timorenses, reiterar os agradecimentos à Organização Mundial de Saúde e à Brigada Médica Cubana que mostraram desde o início desta sólida e “saudável”

parceria que estabelecemos, serem incansáveis no apoio que têm prestado a Timor-Leste.

Gostaria, ainda, de prestar um agradecimento especial ao Dr. Rolando Montero Díaz, coordenador da Brigada Médica Cubana em Timor-Leste, que está connosco desde 2013 anos e que muito em breve terminará a sua missão.

Faço votos para que a partilha de experiências e conhecimento que, decorre durante o dia de hoje nesta Conferência, seja frutífero.

E, em jeito de conclusão, e porque estamos em época natalícia em que se renovam os desejos do que melhor podemos querer para os outros e para nós, desejo-vos um Santo e Feliz Natal, um próspero ano de 2016 e... muita saúde!

Antes de declarar, aberta a II Conferência Nacional de Saúde, gostaria de, em público, apresentar um louvor à Brigada Médica Cubana.

Muito obrigado!

Dr. Rui Maria de Araújo  
Díli, 19 de dezembro de 2015