



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANTÓNIO JOÃO SOUSA GUTERRES

***A ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E
FAMILIAR***

ARTIGO REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO**

MARÇO/2016

A ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

António João Sousa Guterres

E-mail: antonio.guterres@yahoo.com

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), Coimbra, Portugal

ÍNDICE

1. Resumo	2
2. Abstract	2
3. Lista de Abreviaturas	3
4. Introdução	5
5. Metodologia	6
6. Cuidados de Saúde Primários – Alma – Ata	
▪ Saúde para todos no ano 2000.....	6
▪ Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).....	10
▪ Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS).....	22
7. Sistemas de saúde	
▪ O Sistema de Saúde em Portugal.....	40
▪ O Sistema de Saúde em Timor-Leste.....	45
8. A Medicina Geral e Familiar	
▪ Disciplina e Especialidade.....	47
9. A Formação pré e pós-graduada, específica e complementar	
▪ Em Portugal.....	52
▪ Em Timor-Leste.....	55
10. Conclusões	60
11. Referências Bibliográficas	61

1. RESUMO

A estrutura do presente trabalho pretende abordar a evolução histórica e conceptual da Medicina Geral e Familiar, os princípios da disciplina académica e da prática clínica, ao perfil do médico de família e, ao seu papel no contexto de exercício profissional, bem como as tendências evolutivas da prática da especialidade e a reforma estrutural do sistema de saúde em Portugal.

De igual modo, a implementação efetiva da política de saúde em Timor – Leste, após a independência, se tornou real com o apoio das organizações internacionais. Muito fizeram para melhorar a qualidade dos serviços de saúde às populações. E o progresso dos serviços de saúde, o ensino, a formação e a prestação de cuidados de saúde primários constituem grandes prioridades para o Plano Estratégico do Desenvolvimento Nacional de Timor Leste.

PALAVRAS-CHAVE

Medicina Geral e Familiar - Disciplina e Especialidade, Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, Saúde para todos no ano 2000, Sistema de Saúde

2. ABSTRACT

The structure of this work seeks to address the historical and conceptual evolution of General Practice and Family Medicine, the principles of academic discipline and clinical practice, the family doctor's profile and the role of practice context as well as how all of the trends ultimately affect the specialty practice and structural reform of the health system in Portugal.

Also, the effective implementation of health policy in Timor-Leste, after the independence, to become real with the international organizations support, many work have done to improve the quality of health services to the population. And the progress of health services, the education, the formation and provision of primary health care are a top priorities for the Timor-Leste National Strategic Development Plan.

KEY-WORDS

General Practice and Family Medicine – Discipline and Specialty, Primary Health Care, Alma-Ata, Health For All by the year 2000, Health System

3. LISTA DE ABREVIATURAS

AOD: Assistência Oficial ao Desenvolvimento

APMC: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica

APMCG: Associação Portuguesa dos Médicos da Clínica Geral

APMGF: Associação Portuguesa da Medicina Geral e Familiar

ASP: Associação da Saúde em Português

CATTL: Comissário para Apoio à Transição em Timor-Leste

CIC: Cooperação, Intercâmbio e Cultura

CNRT: Conselho Nacional da Resistência Timorense

DHS: Divisão de Serviços de Saúde

EMGF: Especialidade de Medicina Geral e Familiar

FT: Fórum Timorense

IHA: Autoridade Interina de Saúde

IMMGF: Internato Médico de Medicina Geral e Familiar

MdM: Médicos do Mundo

MF: Médico Familiar

MGF: Medicina Geral e Familiar

ODM: Objetivo de Desenvolvimento do Milénio

ODS: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMC: Organização Mundial do Comércio

OMS: Organização Mundial de Saúde

PENSS: Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde

SISCa: Serviços de Saúde Comunitária

SMS: Serviços Médico-Sociais

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UEMO: União Europeia dos Médicos de Clínica Geral

UNTL: Universidade Nacional Timor Lorosa'e

4. INTRODUÇÃO

A Especialidade de Medicina Geral e Familiar (EMGF) é uma especialidade que trabalha na linha da frente do sistema de saúde, um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram independentemente da idade, sexo ou doença, tendo como objeto o ser humano como um todo, abrange a toda a Medicina Geral, privilegiando a pessoa como um ser único e diferente de todos os outros.

Concentra-se na prestação de cuidados primários, preventivos e curativos, abrangentes, integrais e continuados, a indivíduos, famílias e suas comunidades. Constitui o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Nesta Especialidade Médica, os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados e responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia.

Além de dar resposta à maioria dos problemas de saúde primária, os médicos de Família adotam atuações de Medicina Preventiva, assim como compreender a dinâmica familiar que envolve os seus utentes.

O Médico de Família, a família e a comunidade devem ter um vínculo forte com os seus pacientes antes mesmo de eles adoecerem, prevenindo a doença; deve ser o primeiro médico a ser consultado, atende pessoas de todas as idades, de maneira continuada e integral e trabalha em equipa interdisciplinar com os outros Especialistas cujo suporte seja necessário.

Pretende-se por assim dizer, os médicos "especialistas da generalidade" com competências adequadas ao acompanhamento básico dos seus pacientes, abrangendo preferencialmente todos os elementos de uma mesma família, nas duplas perspectivas; preventiva e curativa, física e emocional, orgânica e funcional e para todos os estratos etários.

5. METODOLOGIA

Foram realizadas pesquisas de artigos de revisão e editoriais na Pubmed / Medline, b-on sem limites temporais, com o termo: “*General Medicine and Family Medicine; Primary health care; making Alma-Ata a reality*”, em Inglês, Espanhol e Português. Foram encontrados 45 artigos, dos quais foram selecionados e aceitos 25.

Foi igualmente feita pesquisa de artigos no Índice de Revistas Médicas Portuguesas, com o termo “Medicina Geral e Familiar” no título. Foram encontrados 7 artigos, dos quais foram selecionados e aceitos 3.

Foi ainda realizada pesquisa em sítios de Organizações, nomeadamente “Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar” e livros de texto de referência.

Os autores destacam a importância da Especialidade de Medicina Geral e Familiar como uma especialidade que trabalha na linha da frente do sistema de saúde, e que constitui o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

6. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - ALMA - ATA

▪ Saúde para todos no ano 2000:

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata (ex-URSS), a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, com o intuito de reunir os representantes de nações de todo o mundo, elementos da Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada da Organização das Nações Unidas a fim de partilhar conhecimentos e experiência, analisar e debater assuntos internacionais de saúde, de modo a preparar uma estratégia política para atingir a meta que é “Saúde para todos”.

Três décadas depois da Conferência Internacional, cumpre fazer alguns balanços, donde resultou a adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, as ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento económico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000 reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos.

Chegou-se assim a um consenso que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a paz mundial. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas.

Torna-se, assim, pertinente e necessário, lembrar o conteúdo desse documento:

Declaração de Alma-Ata:

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

(Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978)

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, além do sector da saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até ao ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manterem cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto o desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados de saúde primários:

1. Refletem, e a partir deles evoluem, as condições económicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e baseiam-se na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
2. Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
3. Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente

endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4. Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspetos conectivos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
5. Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planeamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
6. Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
7. Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipa de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados de saúde primários constitui sólida base para o aperfeiçoamento adicional e a operação dos cuidados de saúde primários em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000, mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, dissensão e desarmamento pode e deve libertar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e económico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber a sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem económica internacional.

Encoraja os governos, a OMS e a UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados de saúde primários sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

A Declaração de Alma-Ata proporciona uma visão moral para os cuidados de saúde primários, tornando-se um valor de transformação e de relevância para a especialidade de medicina geral e familiar nos dias de hoje.

A Declaração afirma uma definição abrangente de saúde e reconhece a saúde como um direito fundamental do homem, considerando que as desigualdades em saúde são politicamente, socialmente e economicamente inaceitáveis. Os valores de Alma-Ata podem orientar a especialidade de medicina geral e familiar para liderar uma mudança positiva do sistema de saúde através de uma colaboração renovada, abordando as desigualdades, uso eficiente dos recursos e tecnologia apropriada em defesa ao espírito da justiça social.

▪ **Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)**

30 Anos depois da Declaração de Alma-Ata para os cuidados de saúde primários, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nos quais foi adotado em Setembro de

2000, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, reuniram o maior número de dirigentes mundiais da história da humanidade.

Estiveram representantes de 191 países-membros das Nações Unidas. Juntaram-se para refletir a propósito do destino comum da humanidade. Todos os países estavam interligados de maneira mais ampla e profunda do que em qualquer outra época da história, e a aceleração do processo de globalização prometia um crescimento mais rápido, assim como o aumento do nível de vida e novas oportunidades.

Objetivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) considera-se como a próxima geração de “saúde para todos os objetivos”, com especial destaque para oito objetivos, incluindo a redução da mortalidade materna e infantil, da taxa de VIH, malária e tuberculose, e as metas de desenvolvimento associadas à educação e igualdade de género.

Os cuidados de saúde primários são uma abordagem para alcançar tanto os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), como o objetivo mais amplo de acesso universal à saúde através de cuidados de saúde aceitáveis, acessíveis e adequados. Por tanto, a implementação dos cuidados de saúde primários promoveria a igualdade na saúde em todos os países ricos e pobres, tendo como resultado promover o desenvolvimento humano e desenvolvimento nacional.

Para dar uma resposta a essa e outras crises, países-membros reunidos em Nova Iorque em 2000 elaboraram a Declaração do Milénio, que consiste numa série de prioridades coletivas para paz e segurança, luta contra a pobreza, meio ambiente e direitos humanos. São medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade, bem como para a sobrevivência imediata de parte importante dos seres humanos. Os líderes mundiais também concordaram que o desenvolvimento humano é fundamental para o progresso social e económico sustentável em todos os países, e que, por isso, contribuem para a segurança global.

A Assembleia Geral, aprova a seguinte Declaração do Milénio:

(Resolução A/RES/55/28 de Setembro de 2000):

VALORES E PRINCÍPIOS:

1. Nós, Chefes de Estado e de Governo, reunimo-nos na Sede da Organização das Nações Unidas em Nova Iorque, entre os dias 6 e 8 de Setembro de 2000, no início de um novo

milénio, para reafirmar a nossa fé na Organização e na sua Carta como bases indispensáveis de um mundo mais pacífico, mais próspero e mais justo.

2. Reconhecemos que, para além das responsabilidades que todos temos perante as nossas sociedades, temos a responsabilidade coletiva de respeitar e defender os princípios da dignidade humana, da igualdade e da equidade, a nível mundial. Como dirigentes, temos, pois, um dever para com todos os habitantes do planeta, em especial para com os mais desfavorecidos e, em particular, as crianças do mundo, a quem pertence o futuro.

3. Reafirmamos a nossa adesão aos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas, que demonstraram ser intemporais e universais. De facto, a sua pertinência e capacidade como fonte de inspiração aumentaram, à medida que se multiplicaram os vínculos e se foi consolidando a interdependência entre as nações e os povos.

4. Estamos decididos a estabelecer uma paz justa e duradoura em todo o mundo, em conformidade com propósitos e princípios da Carta. Reafirmamos a nossa determinação de apoiar todos os esforços que visam fazer respeitar a igualdade e soberania de todos os Estados, o respeito pela sua integridade territorial e independência política; a resolução dos conflitos por meios pacíficos e em consonância com os princípios de justiça e do direito internacional; o direito à autodeterminação dos povos que permanecem sob domínio colonial e ocupação estrangeira; a não ingerência nos assuntos internos dos Estados; o respeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais; o respeito pela igualdade de direitos de todos, sem distinções por motivo de raça, sexo, língua

ou religião; e a cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de carácter económico, social, cultural ou humanitário.

5. Pensamos que o principal desafio que nos depara hoje é conseguir que a globalização venha a ser uma força positiva para todos os povos do mundo, uma vez que, se é certo que a globalização oferece grandes possibilidades, atualmente os seus benefícios, assim como os seus custos, são distribuídos de forma muito desigual. Reconhecemos que os países em desenvolvimento e os países com economias em transição enfrentam sérias dificuldades para fazer frente a este problema fundamental. Assim, consideramos que, só através de esforços amplos e sustentados para criar um futuro comum, baseado na nossa condição humana comum, em toda a sua diversidade, pode a globalização ser completamente equitativa e favorecer a inclusão. Estes esforços devem incluir a adoção de políticas e medidas, a nível

mundial, que correspondam às necessidades dos países em desenvolvimento e das economias em transição e que sejam formuladas e aplicadas com a sua participação efetiva.

6. Consideramos que determinados valores fundamentais são essenciais para as relações internacionais no século XXI. Entre eles figuram:

- **A liberdade:** Os homens e as mulheres têm o direito de viver a sua vida e de criar os seus filhos com dignidade, livres da fome e livres do medo da violência, da opressão e da injustiça. A melhor forma de garantir estes direitos é através de governos de democracia participativa baseados na vontade popular.
- **A igualdade:** Nenhum indivíduo ou nação deve ser privado da possibilidade de beneficiar do desenvolvimento. A igualdade de direitos e de oportunidades entre homens e mulheres deve ser garantida.
- **A solidariedade:** Os problemas mundiais devem ser enfrentados de modo a que os custos e as responsabilidades sejam distribuídos com justiça, de acordo com os princípios fundamentais da equidade e da justiça social. Os que sofrem, ou os que beneficiam menos, merecem a ajuda dos que beneficiam mais.
- **A tolerância:** Os seres humanos devem respeitar-se mutuamente, em toda a sua diversidade de crenças, culturas e línguas. Não se devem reprimir as diferenças dentro das sociedades, nem entre estas. As diferenças devem, sim, ser apreciadas como bens preciosos de toda a humanidade. Deve promover-se ativamente uma cultura de paz e diálogo entre todas as civilizações.
- **Respeito pela natureza:** É necessário atuar com prudência na gestão de todas as espécies e recursos naturais, de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável. Só assim poderemos conservar e transmitir aos nossos descendentes as imensuráveis riquezas que a natureza nos oferece. É preciso alterar os atuais padrões insustentáveis de produção e consumo, no interesse do nosso bem-estar futuro e no das futuras gerações.
- **Responsabilidade comum:** A responsabilidade pela gestão do desenvolvimento económico e social no mundo e por enfrentar as ameaças à paz e segurança internacional devem ser partilhadas por todos os Estados do mundo e ser exercidas multilateralmente. Sendo a organização de carácter mais universal e mais representativa de todo o mundo, as Nações Unidas devem desempenhar um papel central neste domínio.

7. Com vista a traduzir estes valores em ações, identificámos um conjunto de objectivos-chave aos quais atribuímos especial importância.

PAZ, SEGURANÇA E DESARMAMENTO:

8. Não pouparemos esforços para libertar os nossos povos do flagelo da guerra – seja dentro dos Estados ou entre eles, o que, na última década, já custou mais de cinco milhões de vidas. Procuraremos também eliminar os perigos que as armas de destruição maciça representam.

9. Decidimos, portanto:

- Consolidar o respeito pelo primado da lei nos assuntos internacionais e nacionais e, em particular, assegurar que os Estados Membros cumpram as decisões do Tribunal Internacional de Justiça, de acordo com a Carta das Nações Unidas, nos litígios em que sejam partes.
- Aumentar a eficácia das Nações Unidas na manutenção da paz e segurança, dotando a Organização dos recursos e dos instrumentos de que esta necessita para as suas tarefas de prevenção de conflitos, resolução pacífica de diferendos, manutenção da paz, consolidação da paz e reconstrução pós-conflito. Neste contexto, tomámos devida nota do relatório do Grupo sobre as Operações de Paz das Nações Unidas e pedimos à Assembleia Geral que se debruce quanto antes sobre as suas recomendações.
- Intensificar a cooperação entre as Nações Unidas e as organizações regionais, de acordo com as disposições do Capítulo VIII da Carta. Assegurar que os Estados participantes apliquem os tratados, sobre questões como o controlo de armamentos e o desarmamento, o direito internacional humanitário e os direitos humanos, e pedir a todos os Estados que considerem a possibilidade de assinar e ratificar o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional.
- Adotar medidas concertadas contra o terrorismo internacional e aderir quanto antes a todas as convenções internacionais pertinentes.
- Redobrar os esforços para pôr em prática o nosso compromisso de lutar contra o problema mundial da droga.
- Intensificar a luta contra o crime transnacional em todas as suas dimensões, nomeadamente contra o tráfico e contrabando de seres humanos, e o branqueamento de capitais. Reduzir tanto quanto possível as consequências negativas que as sanções económicas impostas pelas Nações Unidas podem ter nas populações inocentes,

submeter os regimes de sanções a análises periódicas e eliminar as consequências adversas das sanções para terceiros.

- Lutar pela eliminação das armas de destruição maciça, em particular das armas nucleares, e não excluir qualquer via para atingir este objetivo, nomeadamente a possibilidade de convocar uma conferência internacional para definir os meios adequados para eliminar os perigos nucleares.
- Adotar medidas concertadas para pôr fim ao tráfico ilícito de armas ligeiras, designadamente tornando as transferências de armas mais transparentes e apoiando medidas de desarmamento regional, tendo em conta todas as recomendações da Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio Ilícito de Armas Pessoais e Ligeiras.
- Pedir a todos os Estados que considerem a possibilidade de aderir à Convenção sobre a proibição do uso, armazenamento, produção e transferência de minas anti-pessoal e sobre a sua destruição, assim como às alterações ao protocolo sobre minas referente à Convenção sobre armas convencionais.

10. Instamos todos os Estados Membros a observarem a Trégua Olímpica, individual e coletivamente, agora e no futuro, e a apoiarem o Comité Olímpico Internacional no seu trabalho de promoção da paz e do entendimento humano através do desporto e do Ideal Olímpico.

O DESENVOLVIMENTO E A ERRADICAÇÃO DA POBREZA:

11. Não pouparemos esforços para libertar os nossos semelhantes, homens, mulheres e crianças, das condições abjetas e desumanas da pobreza extrema, às quais estão submetidos atualmente mais de 1000 milhões de seres humanos. Estamos empenhados em fazer do direito ao desenvolvimento uma realidade para todos e em libertar toda a humanidade da carência

12. Em consequência, decidimos criar condições propícias, a nível nacional e mundial, ao desenvolvimento e à eliminação da pobreza.

13. A realização destes objetivos depende, entre outras coisas, de uma boa governação em cada país. Depende também de uma boa governação no plano internacional e da transparência dos sistemas financeiros, monetários e comerciais. Propugnamos um sistema comercial e financeiro multilateral aberto, equitativo, baseado em normas, previsível e não discriminatório.

14. Estamos preocupados com os obstáculos que os países em desenvolvimento enfrentam para mobilizar os recursos necessários para financiar o seu desenvolvimento sustentável. Faremos, portanto, tudo o que estiver ao nosso alcance para que a Reunião Intergovernamental de alto nível sobre o financiamento do desenvolvimento, que se realizará em 2001, tenha êxito.

15. Decidimos também ter em conta as necessidades especiais dos países menos avançados. Neste contexto, congratulamo-nos com a convocação da Terceira Conferência das Nações Unidas sobre os Países Menos Avançados, que irá realizar-se em Maio de 2001, e tudo faremos para que obtenha resultados positivos.

Pedimos aos países industrializados:

- Que adotem, de preferência antes da Conferência, uma política de acesso, livre de direitos aduaneiros e de quotas, no que se refere a todas as exportações dos países menos avançados.
- Que apliquem sem mais demora o programa melhorado de redução da dívida dos países mais pobres muito endividados e que acordem em cancelar todas as dívidas públicas bilaterais contraídas por esses países, em troca de eles demonstrarem a sua firme determinação de reduzir a pobreza.
- Que concedam uma ajuda ao desenvolvimento mais generosa, especialmente aos países que se estão genuinamente a esforçar por aplicar os seus recursos na redução da pobreza.

16. Estamos também decididos a abordar de uma forma global e eficaz os problemas da dívida dos países em desenvolvimento com rendimentos baixos e médios, adoptando diversas medidas de âmbito nacional e internacional, para que a sua dívida seja sustentável a longo prazo.

17. Resolvemos também responder às necessidades especiais dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento, pondo rapidamente em prática o Programa de Acção de Barbados e as conclusões a que chegou a Assembleia Geral, na sua vigésima segunda sessão extraordinária. Instamos a comunidade internacional a zelar por que, quando se elaborar um índice de vulnerabilidade, se tenham em conta as necessidades especiais dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.

18. Reconhecemos as necessidades e os problemas especiais dos países em desenvolvimento sem litoral, pelo que pedimos aos doadores bilaterais e multilaterais que aumentem a sua ajuda financeira e técnica a este grupo de países, de modo a satisfazer as suas necessidades especiais de desenvolvimento e a ajudá-los a superar os obstáculos resultantes da sua situação geográfica, melhorando os seus sistemas de transporte em trânsito.

19. Decidimos ainda:

- Reduzir para metade, até ao ano 2015, a percentagem de habitantes do planeta com rendimentos inferiores a um dólar por dia e a das pessoas que passam fome; de igual modo, reduzir para metade a percentagem de pessoas que não têm acesso a água potável ou carecem de meios para o obter.
- Zelar por que, até esse mesmo ano, as crianças de todo o mundo possam concluir um ciclo completo de ensino primário e por que as crianças de ambos os sexos tenham acesso igual a todos os níveis de ensino.
- Reduzir, até essa data, a mortalidade materna em três quartos e a mortalidade de crianças com menos de 5 anos em dois terços, em relação às taxas atuais.
- Até então ter detido e começado a inverter a tendência atual do VIH/SIDA, do flagelo do paludismo e de outras doenças graves que afligem a humanidade.
- Prestar assistência especial às crianças órfãs devido ao VIH/SIDA.
- Até ao ano 2020, ter melhorado consideravelmente a vida de pelo menos 100 milhões de habitantes das zonas degradadas, como foi proposto na iniciativa “Cidades sem bairros degradados”.

20. Decidimos também:

- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher como meios eficazes de combater a pobreza, a fome e as doenças e de promover um desenvolvimento verdadeiramente sustentável.
- Formular e aplicar estratégias que proporcionem aos jovens de todo o mundo a possibilidade real de encontrar um trabalho digno e produtivo.
- Incentivar a indústria farmacêutica a aumentar a disponibilidade dos medicamentos essenciais e a pô-los ao alcance de todas as pessoas dos países em desenvolvimento que deles necessitem.

- Estabelecer formas sólidas de colaboração com o sector privado e com as organizações da sociedade civil em prol do desenvolvimento e da erradicação da pobreza.
- Zelar por que todos possam aproveitar os benefícios das novas tecnologias, em particular das tecnologias da informação e das comunicações, de acordo com as recomendações formuladas na Declaração Ministerial do Conselho Económico e Social de 2000.

PROTEÇÃO DO NOSSO AMBIENTE COMUM:

21. Não devemos poupar esforços para libertar toda a humanidade, acima de tudo os nossos filhos e netos, da ameaça de viver num planeta irremediavelmente destruído pelas atividades do homem e cujos recursos não serão suficientes já para satisfazer as suas necessidades.

22. Reafirmamos o nosso apoio aos princípios do desenvolvimento sustentável, enunciados na Agenda, que foram acordados na Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento.

23. Decidimos, portanto, adoptar em todas as nossas medidas ambientais uma nova ética de conservação e de salvaguarda e começar por adoptar as seguintes medidas:

- Fazer tudo o que for possível para que o Protocolo de Quioto entre em vigor de preferência antes do décimo aniversário da Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, em 2002, e iniciar a redução das emissões de gases que provocam o efeito de estufa.
- Intensificar os nossos esforços coletivos em prol da administração, conservação e desenvolvimento sustentável de todos os tipos de florestas.
- Insistir na aplicação integral da Convenção sobre a Diversidade Biológica e da Convenção das Nações Unidas de Luta contra a Desertificação nos países afetados pela seca grave ou pela desertificação, em particular em África.
- Pôr fim à exploração insustentável dos recursos hídricos, formulando estratégias de gestão nos planos regional, nacional e local, capazes de promover um acesso equitativo e um abastecimento adequado.
- Intensificar a cooperação para reduzir o número e os efeitos das catástrofes naturais e das catástrofes provocadas por seres humanos.
- Garantir o livre acesso à informação sobre a sequência do genoma humano.

DIREITOS HUMANOS, DEMOCRACIA E BOA GOVERNAÇÃO:

24. Não pouparemos esforços para promover a democracia e fortalecer o estado de direito, assim como o respeito por todos os direitos humanos e liberdades fundamentais internacionalmente reconhecidos, nomeadamente o direito ao desenvolvimento.

25. Decidimos, portanto:

- Respeitar e fazer aplicar integralmente a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- Esforçar-nos por conseguir a plena proteção e a promoção dos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais de todas as pessoas, em todos os países.
- Aumentar, em todos os países, a capacidade de aplicar os princípios e as práticas democráticas e o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos das minorias.
- Lutar contra todas as formas de violência contra a mulher e aplicar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.
- Adotar medidas para garantir o respeito e a proteção dos direitos humanos dos migrantes, dos trabalhadores migrantes e das suas famílias, para acabar com os atos de racismo e xenofobia, cada vez mais frequentes em muitas sociedades, e para promover uma maior harmonia e tolerância em todas as sociedades.
- Trabalhar coletivamente para conseguir que os processos políticos sejam mais abrangentes, de modo a permitirem a participação efetiva de todos os cidadãos, em todos os países.
- Assegurar a liberdade dos meios de comunicação para cumprir a sua indispensável função e o direito do público de ter acesso à informação.

PROTEÇÃO DOS GRUPOS VULNERÁVEIS:

26. Não pouparemos esforços para garantir que as crianças e todas as populações civis que sofrem de maneira desproporcionada as consequências das catástrofes naturais, de atos de genocídio, dos conflitos armados e de outras situações de emergência humanitária recebam toda a assistência e a proteção de que necessitam para poderem retomar uma vida normal quanto antes.

Decidimos, portanto:

- Aumentar e reforçar a proteção dos civis em situações de emergência complexas, em conformidade com o direito internacional humanitário.
- Intensificar a cooperação internacional, designadamente a partilha do fardo que recai sobre os países que recebem refugiados e a coordenação da assistência humanitária prestada a esses países; e ajudar todos os refugiados e pessoas deslocadas a regressar voluntariamente às suas terras em condições de segurança e de dignidade, e a reintegrarem-se sem dificuldade nas suas respectivas sociedades.
- Incentivar a ratificação e a aplicação integral da Convenção sobre os Direitos da Criança e seus protocolos facultativos, sobre o envolvimento de crianças em conflitos armados e sobre a venda de crianças, a prostituição infantil e a pornografia infantil.

RESPONDER ÀS NECESSIDADES ESPECIAIS DE ÁFRICA:

27. Apoiaremos a consolidação da democracia em África e ajudaremos os africanos na sua luta por uma paz duradoura, pela erradicação da pobreza e pelo desenvolvimento sustentável, para que, dessa forma, a África possa integrar-se na economia mundial.

28. Decidimos, portanto:

- Apoiar plenamente as estruturas políticas e institucionais das novas democracias de África.
- Fomentar e apoiar mecanismos regionais e sub-regionais de prevenção de conflitos e de promoção da estabilidade política, e garantir um financiamento seguro das operações de manutenção de paz nesse continente.
- Adotar medidas especiais para enfrentar os desafios da erradicação da pobreza e do desenvolvimento sustentável em África, tais como o cancelamento da dívida, a melhoria do acesso aos mercados, o aumento da ajuda oficial ao desenvolvimento e o aumento dos fluxos de Investimento Directo Estrangeiro, assim como as transferências de tecnologia.
- Ajudar África a aumentar a sua capacidade de fazer frente à propagação do flagelo do VIH/SIDA e de outras doenças infecciosas.

REFORÇAR AS NAÇÕES UNIDAS:

29. Não pouparemos esforços para fazer das Nações Unidas um instrumento mais eficaz no desempenho das seguintes prioridades: a luta pelo desenvolvimento de todos os povos do

mundo; a luta contra a pobreza, a ignorância e a doença; a luta contra a injustiça; a luta contra a violência, o terror e o crime; a luta contra a degradação e destruição do nosso planeta.

30. Decidimos, portanto:

- Reafirmar o papel central da Assembleia Geral como principal órgão deliberativo, de adoção de políticas e de representação das Nações Unidas, dando-lhe os meios para que possa desempenhar esse papel com eficácia.
- Redobrar os nossos esforços para conseguir uma reforma ampla do Conselho de Segurança em todos os seus aspetos.
- Reforçar ainda mais o Conselho Económico e Social, com base nos seus recentes êxitos, de modo a que possa desempenhar o papel que lhe foi atribuído pela Carta.
- Reforçar o Tribunal Internacional de Justiça, de modo a que a justiça e o primado do direito prevaleçam nos assuntos internacionais.
- Fomentar a coordenação e as consultas periódicas entre os principais órgãos das Nações Unidas no exercício das suas funções.
- Zelar por que a Organização conte, de forma regular e previsível, com os recursos de que necessita para cumprir os seus mandatos.
- Instar o Secretariado a que, de acordo com as normas e procedimentos claros acordados pela Assembleia Geral, faça o melhor uso possível desses recursos no interesse de todos os Estados Membros, aplicando as melhores práticas de gestão e tecnologias disponíveis e prestando especial atenção às tarefas que refletem as prioridades acordadas pelos Estados Membros.
- Promover a adesão à Convenção sobre a Segurança do Pessoal das Nações Unidas e do Pessoal Associado.
- Zelar para que exista uma maior coerência e uma melhor cooperação em matéria normativa entre as Nações Unidas, os seus organismos, as Instituições de BrettonWoods e a Organização Mundial do Comércio, assim como outros órgãos multilaterais, tendo em vista conseguir uma abordagem coordenada dos problemas da paz e do desenvolvimento.
- Prosseguir a intensificação da cooperação entre as Nações Unidas e os parlamentos nacionais através da sua organização mundial, a União Interparlamentar, em diversos âmbitos, nomeadamente: a paz e segurança, o desenvolvimento económico e social, o direito internacional e os direitos humanos, a democracia e as questões de género.

→ Oferecer ao sector privado, às organizações não governamentais e à sociedade civil em geral mais oportunidades de contribuírem para a realização dos objetivos e programas da Organização.

31. Pedimos à Assembleia Geral que examine periodicamente os progressos alcançados na aplicação das medidas propostas por esta Declaração e ao Secretário-Geral que publique relatórios periódicos, para que sejam apreciados pela Assembleia e sirvam de base para a adopção de medidas ulteriores.

32. Nesta ocasião histórica, reafirmamos solenemente que as Nações Unidas são a indispensável casa comum de toda a família humana, onde procuraremos realizar as nossas aspirações universais de paz, cooperação e desenvolvimento. Comprometemo-nos, portanto, a dar o nosso apoio ilimitado a estes objetivos comuns se declaramos a nossa determinação em concretizá-los.

Esta Declaração foi elaborada ao longo de meses de conversações, em que foram tomadas em consideração as reuniões regionais e o Fórum do Milénio, que permitiram que as vozes das pessoas fossem ouvidas.

A Declaração do Milénio das Nações Unidas é um documento histórico para o novo século. Aprovada na Cimeira do Milénio – realizada de 6 a 8 de Setembro de 2000, em Nova Iorque, reflete as preocupações de 147 Chefes de Estado e de Governo e de 191 países, que participaram na maior reunião de sempre de dirigentes mundiais.

▪ **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**

2015 Ficará na história como o ano da definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fixados numa cimeira da ONU, em Nova Iorque, de 25 a 27 de Setembro. Trata-se da nova agenda de ação até 2030, que se baseia nos progressos e lições aprendidas com os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, entre 2000 e 2015.

Esta agenda é fruto do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um novo modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas.

Objetivo 1: Erradicar a pobreza

- Até 2030, erradicar a pobreza extrema em todos os lugares, atualmente medida como pessoas que vivem com menos de 1,25 dólares por dia.
- Até 2030, reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais.
- Implementar, a nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo escalões, e até 2030 atingir uma cobertura substancial dos mais pobres e vulneráveis.
- Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os mais pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais no acesso aos recursos económicos, bem como no acesso aos serviços básicos, à propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias e serviços financeiros, incluindo microfinanciamento.
- Até 2030, aumentar a resiliência dos mais pobres e em situação de maior vulnerabilidade, e reduzir a exposição e a vulnerabilidade destes aos fenómenos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres económicos, sociais e ambientais.
- Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento (em particular, os países menos desenvolvidos) possam implementar programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões.
- Criar enquadramentos políticos sólidos ao nível nacional, regional e internacional, com base em estratégias de desenvolvimento a favor dos mais pobres e que sejam sensíveis às questões da igualdade do género, para apoiar investimentos acelerados nas ações de erradicação da pobreza.

Objetivo 2: Erradicar a fome

- Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os mais pobres e pessoas em situações vulnerável, incluindo crianças, a uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano.

- Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.
- Até 2030, duplicar a produtividade agrícola e o rendimento dos pequenos produtores de alimentos, particularmente das mulheres, povos indígenas, agricultores de subsistência, pastores e pescadores, inclusive através de garantia de acesso igualitário à terra e a outros recursos produtivos tais como conhecimento, serviços financeiros, mercados e oportunidades de agregação de valor e de emprego não agrícola.
- Até 2030, garantir sistemas sustentáveis de produção de alimentos e implementar práticas agrícolas resilientes, que aumentem a produtividade e a produção, que ajudem a manter os ecossistemas, que fortaleçam a capacidade de adaptação às alterações climáticas, às condições meteorológicas extremas, secas, inundações e outros desastres, e que melhorem progressivamente a qualidade da terra e do solo.
- Até 2020, manter a diversidade genética de sementes, plantas cultivadas, animais de criação e domesticados e suas respectivas espécies selvagens, inclusive por meio de bancos de sementes e plantas que sejam diversificados e bem geridos ao nível nacional, regional e internacional, e garantir o acesso e a repartição justa e equitativa dos benefícios decorrentes da utilização dos recursos genéticos e conhecimentos tradicionais associados, tal como acordado internacionalmente.
- Aumentar o investimento, inclusive através do reforço da cooperação internacional, nas infraestruturas rurais, investigação e extensão de serviços agrícolas, desenvolvimento de tecnologia, e os bancos de genes de plantas e animais, para aumentar a capacidade de produção agrícola nos países em desenvolvimento, em particular nos países menos desenvolvidos.
- Corrigir e prevenir as restrições ao comércio e distorções nos mercados agrícolas mundiais, incluindo a eliminação em paralelo de todas as formas de subsídios à exportação e todas as medidas de exportação com efeito equivalente, de acordo com o mandato da Ronda de Desenvolvimento de Doha.
- Adotar medidas para garantir o funcionamento adequado dos mercados de matérias-primas agrícolas e seus derivados, e facilitar o acesso oportuno à informação sobre o mercado,

inclusive sobre as reservas de alimentos, a fim de ajudar a limitar a volatilidade extrema dos preços dos alimentos.

Objetivo 3: Saúde de qualidade

- Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos.
- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos.
- Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.
- Até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
- Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo do álcool.
- Até 2020, reduzir para metade, a nível global, o número de mortos e feridos devido a acidentes rodoviários.
- Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
- Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis.
- Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças devido a químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, água e solo.
- Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.

- Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que dita o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
- Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
- Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos nacionais e globais de saúde.

Objetivo 5: Igualdade de gênero

- Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas, em toda parte.
- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos.
- Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e envolvendo crianças, bem como as mutilações genitais femininas.
- Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade partilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais.
- Garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública.
- Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

- Realizar reformas para dar às mulheres direitos iguais aos recursos económicos, bem como o acesso à propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, serviços financeiros, herança e os recursos naturais, de acordo com as leis nacionais.
- Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres.
- Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de género e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis.

Objetivo 6: Água potável e saneamento

- Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos.
- Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles que estão em situação de vulnerabilidade.
- Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a libertação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo para metade a proporção de águas residuais não-tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e a reutilização, a nível global.
- Até 2030, aumentar substancialmente a eficiência no uso da água em todos os setores e assegurar extrações sustentáveis e o abastecimento de água doce para enfrentar a escassez de água, e reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez de água.
- Até 2030, implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis, inclusive via cooperação transfronteiriça, conforme apropriado.
- Até 2020, proteger e restaurar ecossistemas relacionados com a água, incluindo montanhas, florestas, zonas húmidas, rios, aquíferos e lagos.
- Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e saneamento, incluindo extração de água, dessalinização, eficiência no uso da água, tratamento de efluentes, reciclagem e tecnologias de reutilização.

- Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.

Objetivo 7: Energias Renováveis e Acessíveis

- Até 2030, assegurar o acesso universal, de confiança, moderno e a preços acessíveis a serviços de energia.
- Até 2030, aumentar substancialmente a participação de energias renováveis na matriz energética global.
- Até 2030, duplicar a taxa global de melhoria da eficiência energética.
- Até 2030, reforçar a cooperação internacional para facilitar o acesso à investigação e tecnologias de energia limpa, incluindo energias renováveis, eficiência energética e tecnologias de combustíveis fósseis avançadas e mais limpas, e promover o investimento em infraestrutura de energia e em tecnologias de energia limpa.
- Até 2030, expandir a infraestrutura e modernizar a tecnologia para o fornecimento de serviços de energia modernos e sustentáveis para todos nos países em desenvolvimento, particularmente nos países menos desenvolvidos, nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento e nos países em desenvolvimento sem litoral, de acordo com seus respectivos programas de apoio.

Objetivo 8: Trabalho Digno e Crescimento Económico

- Sustentar o crescimento económico per capita de acordo com as circunstâncias nacionais e, em particular, um crescimento anual de pelo menos 7% do produto interno bruto (PIB) nos países menos desenvolvidos.
- Atingir níveis mais elevados de produtividade das economias através da diversificação, modernização tecnológica e inovação, inclusive através da focalização em setores de alto valor agregado e dos setores de mão-de-obra intensiva.
- Promover políticas orientadas para o desenvolvimento que apoiem as atividades produtivas, geração de emprego decente, empreendedorismo, criatividade e inovação, e incentivar a

formalização e o crescimento das micro, pequenas e médias empresas, inclusive através do acesso aos serviços financeiros.

- Melhorar progressivamente, até 2030, a eficiência dos recursos globais no consumo e na produção, e empenhar-se em dissociar crescimento económico da degradação ambiental, de acordo com o enquadramento decenal de programas sobre produção e consumo sustentáveis, com os países desenvolvidos a assumirem a liderança.

- Até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor.

- Até 2020, reduzir substancialmente a proporção de jovens sem emprego, educação ou formação.

- Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, e assegurar a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo recrutamento e utilização de crianças-soldado, e até 2025 acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas.

- Proteger os direitos do trabalho e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários.

- Até 2030, elaborar e implementar políticas para promover o turismo sustentável, que gera empregos e promove a cultura e os produtos locais.

- Fortalecer a capacidade das instituições financeiras nacionais para incentivar a expansão do acesso aos serviços bancários, de seguros e financeiros para todos.

- Aumentar o apoio à Iniciativa de Ajuda para o Comércio (Aid for Trade) para os países em desenvolvimento, particularmente os países menos desenvolvidos, inclusive através do Quadro Integrado Reforçado para a Assistência Técnica Relacionada com o Comércio para os países menos desenvolvidos.

- Até 2020, desenvolver e operacionalizar uma estratégia global para o emprego dos jovens e implementar o Pacto Mundial para o Emprego da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Objetivo 9: Indústria, inovação e infra-estruturas

- Desenvolver infra-estruturas de qualidade, de confiança, sustentáveis e resilientes, incluindo infra-estruturas regionais e transfronteiriças, para apoiar o desenvolvimento económico e o bem-estar humano, focando-se no acesso equitativo e a preços acessíveis para todos.
- Promover a industrialização inclusiva e sustentável e, até 2030, aumentar significativamente a participação da indústria no setor de emprego e no PIB, de acordo com as circunstâncias nacionais, e duplicar a sua participação nos países menos desenvolvidos.
- Aumentar o acesso das pequenas indústrias e outras empresas, particularmente em países em desenvolvimento, aos serviços financeiros, incluindo crédito acessível e sua integração em cadeias de valor e mercados.
- Até 2030, modernizar as infra-estruturas e reabilitar as indústrias para torná-las sustentáveis, com maior eficiência no uso de recursos e maior adoção de tecnologias e processos industriais limpos e ambientalmente corretos; com todos os países atuando de acordo com as suas respectivas capacidades.
- Fortalecer a investigação científica, melhorar as capacidades tecnológicas de setores industriais em todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, inclusive, até 2030, incentivar a inovação e aumentar substancialmente o número de trabalhadores na área de investigação e desenvolvimento por milhão de pessoas e a despesa pública e privada em investigação e desenvolvimento.
- Facilitar o desenvolvimento de infra-estruturas sustentáveis e resilientes em países em desenvolvimento, através de maior apoio financeiro, tecnológico e técnico aos países africanos, aos países menos desenvolvidos, aos países em desenvolvimento sem litoral e aos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
- Apoiar o desenvolvimento tecnológico, a investigação e a inovação nacionais nos países em desenvolvimento, inclusive garantindo um ambiente político propício para, entre outras coisas, a diversificação industrial e a agregação de valor às matérias-primas.
- Aumentar significativamente o acesso às tecnologias de informação e comunicação e empenhar-se para oferecer acesso universal e a preços acessíveis à internet nos países menos desenvolvidos, até 2020.

Objetivo 10: Reduzir as desigualdades

- Até 2030, progressivamente alcançar, e manter de forma sustentável, o crescimento do rendimento dos 40% da população mais pobre a um ritmo maior do que o da média nacional.
- Até 2030, empoderar e promover a inclusão social, económica e política de todos, independentemente da idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica ou outra.
- Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive através da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito.
- Adotar políticas, especialmente ao nível fiscal, salarial e de proteção social, e alcançar progressivamente maior igualdade.
- Melhorar a regulamentação e monitorização dos mercados e instituições financeiras globais e fortalecer a implementação de tais regulamentações.
- Assegurar uma representação e voz mais forte dos países em desenvolvimento em tomadas de decisão nas instituições económicas e financeiras internacionais globais, a fim de produzir instituições mais eficazes, credíveis, responsáveis e legítimas.
- Facilitar a migração e a mobilidade das pessoas de forma ordenada, segura, regular e responsável, inclusive através da implementação de políticas de migração planeadas e bem geridas.
- Implementar o princípio do tratamento especial e diferenciado para países em desenvolvimento, em particular para os países menos desenvolvidos, em conformidade com os acordos da Organização Mundial do Comércio.
- Incentivar a assistência oficial ao desenvolvimento e fluxos financeiros, incluindo o investimento externo direto, para os Estados onde a necessidade é maior, em particular os países menos desenvolvidos, os países africanos, os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países em desenvolvimento sem litoral, de acordo com seus planos e programas nacionais.
- Até 2030, reduzir para menos de 3% os custos de transação de remessas dos migrantes e eliminar os mecanismos de remessas com custos superiores a 5%.

Objetivo 11: Cidades e comunidades sustentáveis

- Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos, e melhorar as condições nos bairros de lata.
- Até 2030, proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária através da expansão da rede de transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e idosos.
- Até 2030, aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e as capacidades para o planeamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países.
- Fortalecer esforços para proteger e salvaguardar o património cultural e natural do mundo.
- Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e diminuir substancialmente as perdas económicas diretas causadas por essa via no produto interno bruto global, incluindo as catástrofes relacionadas com a água, focando-se sobretudo na proteção dos pobres e das pessoas em situação de vulnerabilidade.
- Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita nas cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros.
- Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.
- Apoiar relações económicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, periurbanas e rurais, reforçando o planeamento nacional e regional de desenvolvimento.
- Até 2020, aumentar substancialmente o número de cidades e acordos humanos que adotaram e implementaram políticas e planos integrados para a inclusão, a eficiência dos recursos, mitigação e adaptação às mudanças climáticas, resiliência a desastres; e desenvolver e implementar, de acordo com o Enquadramento para a Redução do Risco de Desastres de Sendai 2015-2030, a gestão holística do risco de desastres em todos os níveis.
- Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e resilientes, utilizando materiais locais.

Objetivo 12: Produção e Consumo Sustentáveis

- Implementar o Plano Decenal de Programas sobre Produção e Consumo Sustentáveis, com todos os países a tomar medidas, e os países desenvolvidos assumindo a liderança, tendo em conta o desenvolvimento e as capacidades dos países em desenvolvimento.
- Até 2030, alcançar a gestão sustentável e o uso eficiente dos recursos naturais.
- Até 2030, reduzir para metade o desperdício de alimentos per capita a nível mundial, de retalho e do consumidor, e reduzir os desperdícios de alimentos ao longo das cadeias de produção e abastecimento, incluindo os que ocorrem pós-colheita.
- Até 2020, alcançar a gestão ambientalmente saudável dos produtos químicos e todos os resíduos, ao longo de todo o ciclo de vida destes, de acordo com os marcos internacionais acordados, e reduzir significativamente a libertação destes para o ar, água e solo, para minimizar seus impactos negativos sobre a saúde humana e o meio ambiente.
- Até 2030, reduzir substancialmente a geração de resíduos por meio da prevenção, redução, reciclagem e reutilização.
- Incentivar as empresas, especialmente as de grande dimensão e transnacionais, a adotar práticas sustentáveis e a integrar informação sobre sustentabilidade nos relatórios de atividade.
- Promover práticas de compras públicas sustentáveis, de acordo com as políticas e prioridades nacionais.
- Até 2030, garantir que as pessoas, em todos os lugares, tenham informação relevante e consciencialização para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida em harmonia com a natureza.
- Apoiar países em desenvolvimento a fortalecer as suas capacidades científicas e tecnológicas para mudarem para padrões mais sustentáveis de produção e consumo.
- Desenvolver e implementar ferramentas para monitorizar os impactos do desenvolvimento sustentável para o turismo sustentável, que gera empregos, promove a cultura e os produtos locais.

- Racionalizar subsídios ineficientes nos combustíveis fósseis, que encorajam o consumo exagerado, eliminando as distorções de mercado, de acordo com as circunstâncias nacionais, inclusive através da reestruturação fiscal e da eliminação gradual desses subsídios prejudiciais, caso existam, para refletir os seus impactos ambientais, tendo plenamente em conta as necessidades específicas e condições dos países em desenvolvimento e minimizando os possíveis impactos adversos sobre o seu desenvolvimento de uma forma que proteja os pobres e as comunidades afetadas.

Objetivo 13: Ação Climática

- Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados com o clima e as catástrofes naturais em todos os países.
- Integrar medidas relacionadas com alterações climáticas nas políticas, estratégias e planeamentos nacionais.
- Melhorar a educação, aumentar a consciencialização e a capacidade humana e institucional sobre medidas de mitigação, adaptação, redução de impacto e alerta precoce no que respeita às alterações climáticas.
- Implementar o compromisso assumido pelos países desenvolvidos na Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas [UNFCCC, em inglês] de mobilizarem, em conjunto, 100 mil milhões de dólares por ano, a partir de 2020, a partir de variadas fontes, de forma a responder às necessidades dos países em desenvolvimento, no contexto das ações significativas de mitigação e implementação transparente; e operacionalizar o Fundo Verde para o Clima por meio da sua capitalização o mais cedo possível.
- Promover mecanismos para a criação de capacidades para o planeamento e gestão eficaz no que respeita às alterações climáticas, nos países menos desenvolvidos e pequenos Estados insulares em desenvolvimento, e que tenham um especial enfoque nas mulheres, jovens, comunidades locais e marginalizadas.

Objetivo 14: Proteger a Vida Marinha

- Até 2025, prevenir e reduzir significativamente a poluição marítima de todos os tipos, especialmente a que advém de atividades terrestres, incluindo detritos marinhos e a poluição por nutrientes.

- Até 2020, gerir de forma sustentável e proteger os ecossistemas marinhos e costeiros para evitar impactos adversos significativos, inclusive através do reforço da sua capacidade de resiliência, e tomar medidas para a sua restauração, a fim de assegurar oceanos saudáveis e produtivos.
- Minimizar e enfrentar os impactos da acidificação dos oceanos, inclusive através do reforço da cooperação científica em todos os níveis.
- Até 2020, efetivamente regular a extração de recursos, acabar com a sobre pesca e a pesca ilegal, não reportada e não regulamentada e as práticas de pesca destrutivas, e implementar planos de gestão com base científica, para restaurar populações de peixes no menor período de tempo possível, pelo menos para níveis que possam produzir rendimento máximo sustentável, como determinado pelas suas características biológicas.
- Até 2020, conservar pelo menos 10% das zonas costeiras e marinhas, de acordo com a legislação nacional e internacional, e com base na melhor informação científica disponível.
- Até 2020, proibir certas formas de subsídios à pesca, que contribuem para a sobre capacidade e a sobre pesca, e eliminar os subsídios que contribuam para a pesca ilegal, não reportada e não regulamentada, e abster-se de introduzir novos subsídios desse tipo, reconhecendo que o tratamento especial e diferenciado adequado e eficaz para os países em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos deve ser parte integrante da negociação sobre subsídios à pesca da Organização Mundial do Comércio.
- Até 2030, aumentar os benefícios económicos para os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos, a partir do uso sustentável dos recursos marinhos, inclusive através de uma gestão sustentável da pesca, aquicultura e turismo.
- Aumentar o conhecimento científico, desenvolver capacidades de investigação e transferir tecnologia marinha, tendo em conta os critérios e orientações sobre a Transferência de Tecnologia Marinha da Comissão Oceanográfica Intergovernamental, a fim de melhorar a saúde dos oceanos e aumentar a contribuição da biodiversidade marinha para o desenvolvimento dos países em desenvolvimento, em particular os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos.
- Proporcionar o acesso dos pescadores artesanais de pequena escala aos recursos marinhos e mercados.

- Assegurar a conservação e o uso sustentável dos oceanos e seus recursos pela implementação do direito internacional, como refletido na UNCLOS (Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar), que determina o enquadramento legal para a conservação e utilização sustentável dos oceanos e dos seus recursos, conforme registrado no parágrafo 158 do “Futuro Que Queremos”.

Objetivo 15: Proteger a Vida Terrestre

- Até 2020, assegurar a conservação, recuperação e uso sustentável de ecossistemas terrestres e de água doce interiores e seus serviços, em especial florestas, zonas húmidas, montanhas e terras áridas, em conformidade com as obrigações decorrentes dos acordos internacionais.
- Até 2020, promover a implementação da gestão sustentável de todos os tipos de florestas, travar a deflorestação, restaurar florestas degradadas e aumentar substancialmente os esforços de florestação e reflorestação, a nível global.
- Até 2030, combater a desertificação, restaurar a terra e o solo degradados, incluindo terrenos afetados pela desertificação, secas e inundações, e lutar para alcançar um mundo neutro em termos de degradação do solo.
- Até 2030, assegurar a conservação dos ecossistemas de montanha, incluindo a sua biodiversidade, para melhorar a sua capacidade de proporcionar benefícios que são essenciais para o desenvolvimento sustentável.
- Tomar medidas urgentes e significativas para reduzir a degradação de habitat naturais, travar a perda de biodiversidade e, até 2020, proteger e evitar a extinção de espécies ameaçadas.
- Garantir uma repartição justa e equitativa dos benefícios derivados da utilização dos recursos genéticos e promover o acesso adequado aos recursos genéticos.
- Tomar medidas urgentes para acabar com a caça ilegal e o tráfico de espécies da flora e fauna protegidas e agir no que respeita tanto a procura quanto a oferta de produtos ilegais da vida selvagem.
- Até 2020, implementar medidas para evitar a introdução e reduzir significativamente o impacto de espécies exóticas invasoras nos ecossistemas terrestres e aquáticos, e controlar ou erradicar as espécies prioritárias.

- Até 2020, integrar os valores dos ecossistemas e da biodiversidade no planejamento nacional e local, nos processos de desenvolvimento, nas estratégias de redução da pobreza e nos sistemas de contabilidade.
- Mobilizar e aumentar significativamente, a partir de todas as fontes, os recursos financeiros para a conservação e o uso sustentável da biodiversidade e dos ecossistemas.
- Mobilizar recursos significativos, a partir de todas as fontes, e em todos os níveis, para financiar a gestão florestal sustentável e proporcionar incentivos adequados aos países em desenvolvimento para promover a gestão florestal sustentável, inclusive para a conservação e o reflorestamento.
- Reforçar o apoio global para os esforços de combate à caça ilegal e ao tráfico de espécies protegidas, inclusive através do aumento da capacidade das comunidades locais para encontrar outras oportunidades de subsistência sustentável.

Objetivo 16: Paz, Justiça e Instituições Eficazes

- Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionada, em todos os lugares.
- Acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças.
- Promover o Estado de Direito, ao nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos.
- Até 2030, reduzir significativamente os fluxos ilegais financeiros e de armas, reforçar a recuperação e devolução de recursos roubados e combater todas as formas de crime organizado.
- Reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas.
- Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis.
- Garantir a tomada de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis.
- Ampliar e fortalecer a participação dos países em desenvolvimento nas instituições de governação global.

- Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registro de nascimento.
- Assegurar o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, em conformidade com a legislação nacional e os acordos internacionais.
- Fortalecer as instituições nacionais relevantes, inclusive através da cooperação internacional, para a construção de melhor capacidade de resposta em todos os níveis, em particular nos países em desenvolvimento, para a prevenção da violência e o combate ao terrorismo e ao crime.
- Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável.

Objetivo 17: Parcerias para a Implementação dos Objetivos

Fortalecer a mobilização de recursos internos, inclusive através do apoio internacional aos países em desenvolvimento, para melhorar a capacidade nacional para cobrança de impostos e outras fontes de receita.

- Os países desenvolvidos devem implementar de forma plena os seus compromissos em matéria de assistência oficial ao desenvolvimento [AOD], inclusive canalizar 0,7% do rendimento nacional bruto [RNB] para AOD aos países em desenvolvimento, e alocar 0,15% a 0,20% desse valor para os países menos desenvolvidos.
- Mobilizar recursos financeiros adicionais para os países em desenvolvimento a partir de múltiplas fontes.
- Ajudar os países em desenvolvimento a alcançar a sustentabilidade da dívida de longo prazo através de políticas coordenadas destinadas a promover o financiamento, a redução e a reestruturação da dívida, conforme apropriado, e analisar a dívida externa dos países pobres altamente endividados de forma a reduzir o superendividamento.
- Adotar e implementar regimes de promoção de investimentos para os países menos desenvolvidos:

Tecnologia:

Melhorar a cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular ao nível regional e internacional e o acesso à ciência, tecnologia e inovação, e aumentar a partilha de conhecimento em termos mutuamente acordados, inclusive através de uma melhor coordenação entre os mecanismos

existentes, particularmente no nível das Nações Unidas, e por meio de um mecanismo de facilitação de tecnologia global.

Promover o desenvolvimento, a transferência, a disseminação e a difusão de tecnologias ambientalmente corretas para os países em desenvolvimento, em condições favoráveis, inclusive em condições concessionais e preferenciais, conforme mutuamente acordado.

Operacionalizar plenamente o Banco de Tecnologia e o mecanismo de capacitação em ciência, tecnologia e inovação para os países menos desenvolvidos até 2017, e aumentar o uso de tecnologias de capacitação, em particular das tecnologias de informação e comunicação.

Capacitação:

Reforçar o apoio internacional para a implementação eficaz e orientada da capacitação em países em desenvolvimento, a fim de apoiar os planos nacionais para implementar todos os objetivos de desenvolvimento sustentável, inclusive através da cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular.

Comércio:

Promover um sistema multilateral de comércio universal, baseado em regras, aberto, não discriminatório e equitativo no âmbito da Organização Mundial do Comércio, inclusive através da conclusão das negociações no âmbito da Agenda de Desenvolvimento de Doha. Aumentar significativamente as exportações dos países em desenvolvimento, em articular com o objetivo de duplicar a participação dos países menos desenvolvidos nas exportações globais até 2020.

Concretizar a implementação oportuna de acesso a mercados livres de quotas e taxas, de forma duradoura, para todos os países menos desenvolvidos, de acordo com as decisões da OMC, inclusive através de garantias de que as regras de origem preferencial aplicáveis às importações provenientes de países menos desenvolvidos sejam transparentes e simples, e contribuam para facilitar o acesso ao mercado.

Questões sistêmicas:

1. *Coerência de políticas e institucional:* Aumentar a estabilidade macroeconômica global, inclusive através da coordenação e da coerência de políticas.

Aumentar a coerência das políticas para o desenvolvimento sustentável.

Respeitar o espaço político e a liderança de cada país para estabelecer e implementar políticas para a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável.

2. *As parcerias multissetoriais:* Reforçar a parceria global para o desenvolvimento sustentável, complementada por parcerias multissetoriais que mobilizem e partilhem conhecimento, perícia, tecnologia e recursos financeiros, para apoiar a realização dos objetivos do desenvolvimento sustentável em todos os países, particularmente nos países em desenvolvimento.

Incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil que sejam eficazes, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias.

3. *Dados, monitorização e prestação de contas:* Até 2020, reforçar o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento, inclusive para os países menos desenvolvidos e pequenos Estados insulares em desenvolvimento, para aumentar significativamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, atuais e fidedignos, desagregados ao nível do rendimento, género, idade, raça, etnia, estatuto migratório, deficiência, localização geográfica e outras características relevantes em contextos nacionais.

Até 2030, aumentar as iniciativas existentes para desenvolver medidas do progresso do desenvolvimento sustentável que complementem o produto interno bruto (PIB) e apoiem a capacitação estatística nos países em desenvolvimento.

7. SISTEMA DE SAÚDE

▪ Sistema de Saúde em Portugal

É importante conhecer a evolução do sistema de saúde português num passado mais recente – ajuda-nos a compreender melhor os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração atual.

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Serão considerados cinco períodos distintos, que correspondem, geralmente, a cinco agendas políticas:

I. Antes de 1970.

II. Início dos anos 70 a 1985: estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

III. De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado.

IV. De 95 a 2002 - uma “nova gestão pública – *new public management*” para o SNS.

Ao longo dos últimos 30 anos pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. Em larga medida, estes esforços consistiram no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde – quer em termos de instalações quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação – melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS.

O sistema de saúde português antes de 1970:

Em Portugal, foi marcado pela ideologia corporativa que imprimiu em toda a legislação uma concepção de assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa. A filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições nomeadamente da Previdência Social (Campos, 1983; Ferreira, 1986).

Após a segunda guerra mundial e até início dos anos 60, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde, ao que se associou a ideia da “Regionalização hospitalar”: hospitais agregados em três níveis: por conselho, por distrito e por zonas (hospitais centrais), congregando vários distritos, cooperando entre si e ampliando as suas responsabilidades no sentido ascendente.

É de realçar que nesta época o papel assumido pelas Misericórdias, que possuíam a maioria dos hospitais, foi um papel importante na coordenação entre as actividades de assistência social e cuidados de saúde. Nos anos 60 procurou-se a integração de todas as actividades de saúde, passando o hospital a ser considerado uma estrutura superior, mas não central do sistema.

No início dos anos 70:

Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então, a título de exemplo: uma taxa de mortalidade infantil de 58.6 (5.0 em 2001), 37% de partos hospitalares (99% em 2001).

O sistema de saúde português estava muito fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório. De salientar que a capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada - a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970.

O sistema de saúde português (1971-1985): estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde:

A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento dos “Centros de Saúde”, foi concebida no espírito daquilo que, sete anos mais tarde, vem a ser declarado, em Alma Ata, como “cuidados de saúde primários”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde. A revolução democrática do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente: novas políticas sociais; intervenção clara do Estado na definição da política de saúde, no planeamento e na execução; e, intervenção face às assimetrias regionais e sociais, como reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos.

O Estado assume-se como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde previsto na Constituição, o que culmina com a publicação em 1979 da Lei do Serviço Nacional de Saúde. A criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde.

A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à proteção da saúde” que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. Facto que com a

revisão da Constituição Portuguesa em 1989, procede à mudança de “serviço nacional de saúde” “gratuito” para “tendencialmente gratuito”.

A carreira médica de Clínica Geral e Medicina Familiar foi introduzida em 1982. Após uma década de implementação dos centros de saúde, perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar). Em 1984/5, quando foram fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência. Os então centros de saúde (1ª geração) com atividades predominantes na área da saúde pública foram fundidos com os postos das caixas de Previdência que faziam medicina curativa, tornando-se no que se designa por centros de saúde de 2ª geração. Como os salários continuavam a ser baixos para os profissionais de saúde, muito poucos se dedicavam exclusivamente ao SNS.

O sistema de saúde português (1985-1995: regionalização do SNS e novo papel para o sector privado:

Esta década foi marcada por uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de Abril. Durante este período (em 1986), Portugal tornou-se membro da CEE (agora União Europeia). Esta adesão permitiu o acesso ao financiamento europeu para desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas, onde se incluía a área da saúde. Torna-se, por isso, possível a expansão de instalações e equipamentos do SNS, o que assegura que uma proporção crescente da riqueza do país fosse destinada à saúde.

Um dos pontos centrais na Reforma da Saúde em Portugal registou-se em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, que define o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efectivação do direito à protecção da saúde. O Estado passa a atuar através de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde. Neste sentido, os cidadãos e as entidades, públicas e privadas, devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudável. A saúde passa a ser da responsabilidade não só do Estado mas também de cada indivíduo, e das iniciativas sociais e privadas.

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS (definem-se as entidades intervenientes no sistema de saúde). O sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde

(abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde.

O sistema de saúde português (1995-2001): a abordagem segundo a “nova gestão pública” para a reforma do SNS:

Neste contexto foi adoptado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública aplicada à reforma do SNS, dos quais se destacam:

- A definição de uma estratégia de saúde: De 1996 a 1999 foi desenvolvida uma ampla “Estratégia para o Virar do Século”, que incluía metas de cinco e dez anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços.
- Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde. Foram realizadas durante este período algumas experiências de novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, de “empresas públicas”. Assiste-se ao início de uma série de projetos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários. Estas experiências foram avaliadas positivamente e estimularam a adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra-estruturas de informação.
- As “agências de contratualização”. Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”, que se destinavam a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde. Em 1999 foi aprovada legislação para suportar a melhoria de coordenação das actividades de saúde ao nível local (sistemas locais de saúde), contudo, esta legislação não foi implementada.

Como verificámos, desde os anos 70, pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. Em larga medida, estes esforços consistiram no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde – quer em termos de instalações quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação – melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS. **De**

2002 até ao momento atual: *expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos sectores público, privado e social.*

▪ **Sistema de Saúde em Timor-Leste**

O Estado Timor-Leste assume-se como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde, como direito fundamental de todos os cidadãos, implica a conjugação de esforços e atividades do sector público e privado na área de saúde, o reconhecimento do sector privado como parceiro complementar, desde que devidamente regulado e fiscalizado, e o estabelecimento das normas orientadoras do serviço nacional de saúde, previsto na Constituição, publicada em 2004.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (2004) abrange todas as instituições públicas, personalizadas ou não, dependentes ou tutelados pelo Ministério da Saúde, que desenvolvam diretamente atividades de prevenção e promoção da saúde e tratamento da doença.

O Sistema Nacional de Saúde de Timor-Leste está dividido em serviços hospitalares e Serviços de Saúde Comunitária (SISCa). Nos serviços hospitalares existem dois hospitais de referência e três hospitais regionais.

O Hospital Central de referência é o Hospital Nacional Guido Valadares, em Díli. Timor-Leste conta atualmente com 67 Centros de Saúde Comunitária e 227 Postos de Saúde e com um quadro de 620 médicos, 373 parteiras, 570 enfermeiros e 359 assistentes de enfermagem, números que devem continuar a crescer.

Os Serviços de Saúde Comunitária (SISCa) são um sistema de saúde integrado envolvendo a comunidade. Ampliar o alcance dos serviços básicos de saúde primária a nível comunitário e familiar por meio de seis etapas: registo da população, assistência à nutrição, saúde materna e infantil, higiene e saneamento pessoal, serviços de assistência médica e educação para a saúde.

Quanto a recursos humanos nacionais, Timor-Leste tem, atualmente, mais de três mil técnicos profissionais, mas os médicos especialistas timorenses, já formados, são apenas 50. A estrutura do sistema de saúde timorense inclui Centros de Saúde localizados nas capitais municipais, Centros de Saúde Comunitários nos Postos Administrativos e Postos de Saúde responsáveis pela prestação de saúde comunitária nos sucos (freguesias).

Timor-Leste tem acordos de transferência de doentes para Singapura, Austrália e Indonésia. Na Indonésia existe colaboração com três hospitais, um dirigido ao tratamento de veteranos e os outros dois para o tratamento para a população em geral.

O Governo pretende instalar postos de saúde em todos os sucos com populações de entre 1.500 a 2.000 pessoas localizados em áreas muito remotas, com um "pacote compreensivo de serviços preventivos, curativos e reabilitativos.

O Governo introduzirá nova legislação para regular a provisão de serviços de saúde por privados e por associações sem fins lucrativos, de maneira a promover o cumprimento de princípios deontológicos e normas aplicáveis ao Serviço Nacional de Saúde, atuando de forma complementar e de acordo com a política nacional de saúde. Irá igualmente estabelecer procedimentos operacionais de padrão de saúde e de segurança no trabalho, bem como outros regimes de conformidade.

Fortalecendo também o sistema de saúde, através da capacitação de instituições que apoiam a formação e gestão dos serviços de saúde, bem como da prestação de cuidados de qualidade, incluindo a provisão de medicamentos essenciais, de sistemas de transferência e de emergências médicas, sistemas de diagnóstico e de fornecimento de sangue, e ainda do Instituto Nacional da Saúde.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde (PENSS: 2011- 2030), pretende-se a médio e longo prazo desenvolver os recursos humanos necessários para que haja pelo menos um médico, dois enfermeiros, duas parteiras e um técnico de laboratório em cada Suco com pelo menos 2.000 habitantes.

Neste sentido, nos próximos anos de governação, todos os Postos de Saúde contarão com um médico, um enfermeiro ou uma parteira residente localmente, enquanto são formados os recursos humanos mínimos necessários à prestação de serviços integrados de saúde comunitária de qualidade e acessível a todas as camadas da sociedade.

De igual forma, irá implementar também os Modelos de Serviços Comunitários, como por exemplo programas de saúde familiar e de visitas domiciliárias, bem como desenvolver os protocolos de tratamento e de deteção atempada de doenças. O Guia de Cuidados de Saúde Primária.

8. MEDICINA GERAL E FAMILIAR

▪ **Disciplina e Especialidade**

A medicina geral e familiar em Portugal institucionaliza-se nos princípios da década de 80. Como referências importantes deste período inicial estão o seminário sobre o papel do clínico geral em cuidados de saúde primários (Escola Nacional de Saúde Pública, 1979), a criação da carreira de generalista (1980), o início do internato da especialidade (1981), a criação dos institutos de clínica geral (1981-1983) e do Colégio de Clínica Geral na Ordem dos Médicos (1982) e a realização em Évora do «Encontro Internacional de Clínica Geral» (1984) organizado pela APMCG. Desta forma, a medicina geral e familiar portuguesa estabeleceu muito cedo no seu processo de desenvolvimento uma formulação explícita e amplamente aceite do seu perfil profissional e dos seus requisitos de formação.

Uma definição da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) e do médico especialista correspondente deverá conduzir diretamente às competências nucleares do Médico de Família. Por nucleares, entende-se essencial para a Disciplina, independentemente do sistema de saúde em que sejam aplicadas.

As características centrais que definem a Disciplina relacionam-se com as capacidades que todos os especialistas em Medicina Geral e Familiar devem dominar. Aquelas podem ser agrupadas em seis competências nucleares (em relação às características):

- Gestão de cuidados de saúde primários
- Cuidados centrados na pessoa
- Aptidões específicas de resolução de problemas
- Abordagem abrangente
- Orientação comunitária
- Modelação holística.

Para exercer a especialidade, o clínico competente implementará essas competências em três áreas: tarefas clínicas, comunicação com os pacientes e gestão da prática clínica.

Enquanto Disciplina científica centrada na pessoa, três aspetos de fundo devem ser considerados como essenciais:

1. Aspectos do contexto: considerando o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural.
2. Aspectos da atitude: baseados nas capacidades, valor e ética profissionais do médico.
3. Aspectos científicos: adoptando uma abordagem crítica da prática clínica, baseada na investigação científica, bem como mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria da qualidade contínuas.

Esta inter-relação de competências nucleares, áreas de implementação e aspectos fundamentais, caracteriza a Disciplina e sublinha a complexidade da especialidade. É esta complexa inter-relação entre as competências nucleares que deverá orientar e ver-se refletida no agendamento de prioridades para o ensino, investigação e melhoria de qualidade.

A Especialidade de Medicina Geral e Familiar:

Perspectiva histórica

Na década de 60, os responsáveis pela saúde em Portugal constataam a inexistência de uma cobertura médica satisfatória à população. São então criados os Serviços Médico-Sociais (SMS) das caixas de previdência, mais tarde associadas em federações.

Em 1982 é publicado o decreto-lei que regulamenta as carreiras médicas (Decreto-Lei nº 310/82), onde pela primeira vez é definido o perfil profissional do médico de clínica geral de uma forma que se aproxima muito do que defendiam alguns médicos organizados no embrião do que viria a ser a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), nascida em 1983 (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990).

O referido decreto prevê a criação de institutos que «proponham programas e desenvolvam sistematicamente ações de formação e atualização» quer para os internos, quer para os médicos que pretendam seguir a nova carreira. Em 1982 é criado o Colégio de Clínica Geral na Ordem dos Médicos. Em 1984 tem lugar em Évora o «Encontro Internacional de Clínica Geral», organizada pela APMCG, com a colaboração ativa de figuras de relevo da clínica geral europeia (Tavares, 1997; Jordão, 1995).

Neste mesmo ano a APMCG faz publicar o primeiro número da Revista Portuguesa de Clínica Geral, um espaço de reflexão e de formação ainda hoje referência no âmbito nacional e internacional.

Perfil e enquadramento conceptual

O perfil profissional do clínico geral, ou médico de família (MF), e a especialidade designada por medicina geral e familiar (MGF) estão largamente definidos em documentos oficiais ou particulares publicados no nosso país (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; Decreto-Lei nº 73/90; Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995; Sá, 1995) e têm igualmente sido descritos ou propostos por diversas organizações internacionais, tais como a WONCA (World Organization of Family Doctors, 1991).

A medicina geral e familiar é, antes de tudo, uma medicina da pessoa. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; World Organization of Family Doctors, 1991; Pinto, 1991).

A família continua a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde e doença — o adoecer na família, a família face à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença, a família doente, etc. Nessa perspectiva, a clínica geral continua-se e aprofunda-se na medicina de família (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; Sá, 1995).

Um dos fundamentos da medicina geral e familiar é a liberdade de escolha do médico por parte dos indivíduos ou das famílias, nem sempre respeitada no nosso sistema de saúde. É fundamental para que possa ser criada e mantida uma boa relação médico--paciente que cada cidadão possa escolher livremente o médico com quem irá estabelecer uma ligação duradoura.

Outros princípios essenciais da medicina geral e familiar são a universalidade e a equidade; todos os cidadãos, independentemente das suas condições ou características, devem ter acesso a cuidados de saúde de que necessitam, seja qual for a forma de financiamento do sistema e o modelo organizativo da prestação de cuidados.

A medicina geral e familiar deve basear a sua atuação numa perspectiva de promoção da saúde e de prevenção da doença. Ambas visam a elevação dos níveis de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades através de uma intervenção mais ativa de educação para a saúde, papel que cabe a toda a sociedade, mas que pode e deve ser desenvolvido a nível individual ou coletivo pelos diversos profissionais de saúde, entre os quais os médicos de família.

Assim, o médico de família:

- É um profissional com habilitação específica para prestar com independência e autonomia cuidados assistenciais aos indivíduos e famílias que o escolham como seu médico assistente. Os pacientes deverão entender a ideia de competência técnico-científica pela percepção de que vão a este médico porque ele é capaz de resolver a maior parte dos seus problemas de saúde e resolve-os bem.
- Deve exercer a sua acção integrado numa perspectiva multidisciplinar de trabalho em equipa.
- Orienta a sua atuação para a pessoa total, independentemente da idade ou sexo, e lida com todo o tipo de problemas de saúde — globalidade. Este conceito deve ser completado pelo conceito de amplitude, definido pelo espectro de cuidados prestados, pelo «leque de oferta», bem como pelo limiar de referência e pela ligação a outros médicos e aos outros profissionais de saúde.
- Deverá dominar um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-paciente e seleccioná-los em face de cada situação e contexto; deverá ser simpático (empático), ouvir o paciente, interessar-se pelos seus problemas e procurar perceber o que este sente e o que tem.
- Aborda situações de patologia crónica múltipla e/ou em que coexistem vários problemas de saúde de natureza diversificada. Com o envelhecimento da população, as doenças crónicas mais frequentes na comunidade constituem, aliás, uma das áreas de atuação mais importantes e de magnitude tendencialmente crescente da atividade dos médicos de família em todo o mundo.
- Utiliza, sempre que necessário, métodos e técnicas de avaliação familiar. Actua, em suma, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e reinserção na comunidade.

Durante muitos anos, quase três décadas, a Medicina Familiar, como disciplina académica, embora em raros países, tem sido objecto de debate e reflexão em termos da sua definição (mesmo da sua existência, na opinião de certos críticos). Este facto revelou-se de grande utilidade ao permitir a revisão de alguns conceitos básicos, o reforço da sua fundamentação e a mais valia de conteúdos que a análise da prática e o resultado da experiência sempre proporcionam (Geyman 1990).

O consenso que a Medicina Geral e Familiar constitui uma disciplina académica foi fácil e precocemente obtido como conceito com aplicação à respectiva prática. Contudo, nos primeiros anos do seu desenvolvimento, houve uma considerável controvérsia quanto à sua definição como disciplina académica. Alguns defenderam que a Medicina Geral e Familiar deveria ser caracterizada somente pela diferença do seu conteúdo relativamente às outras especialidades clínicas, o que, no âmbito da saúde, apenas se traduziria nas interações ecológicas e comportamentais da família como uma unidade.

Nos últimos anos, todavia, tornou-se consensual que deveria ser conseguida uma definição funcional da disciplina. Tal significa que esta pode ser satisfatoriamente entendida como um corpo de conhecimentos e aptidões que o médico de família aplica quando presta Cuidados de Saúde Primários, continuados e globais aos doentes e suas famílias nas condições previstas na definição atrás citada, do *American Board of Family Practice*. Trata-se, assim, duma disciplina horizontal, partilhando partes do conteúdo de outras disciplinas clínicas correlacionadas, das quais derivou, mas aplicando aqueles conteúdos importados, duma forma específica ao indivíduo, à família e à comunidade. Ainda, em termos de mais valia, a Medicina Geral e Familiar incorporou e incorpora novos elementos, mesmo que não totalmente desenvolvidos, com origem nas suas próprias áreas de investigação.

No livro *Family Medicine: principles and practice*, Taylor (1988) de que é editor e autor, o capítulo *Family Medicine: The discipline, the Specialty, and the Physician* identifica doze conceitos nucleares da Medicina Familiar:

Medicina Familiar — a Disciplina:

- Conteúdo da Medicina Familiar
- Cuidados de saúde orientados para a família
- Educação em Medicina Familiar
- Investigação e atividade escolar em Medicina Familiar

Prática da Medicina Familiar — a Especialidade:

- Arte de gestão da saúde dos pacientes
- Relação médico-doente-família

- Abordagem da pessoa global em saúde
- Cuidados globais continuados e coordenados

9. A FORMAÇÃO PRÉ E PÓS-GRADUADA, ESPECÍFICA E COMPLEMENTAR

▪ Em Portugal

Formação pré-graduada

A existência de uma disciplina de medicina familiar no curso de Medicina foi, desde muito cedo, um objetivo primordial a atingir pelos médicos de família. Tornava-se importante dar a conhecer aos estudantes de medicina o cenário dos centros de saúde, onde poderiam aperceber-se do indivíduo/pessoa na sua totalidade, inserido na sua trajetória vital e social, ao contrário dos seres diminuídos e retalhados em órgãos e sistemas que observavam nos hospitais.

O número de estudantes a frequentar o mestrado integrado em Medicina sofreu, nos últimos anos, um aumento considerável. Calcula-se que, atualmente, existam cerca de 12.000 alunos nas Escolas Médicas portuguesas). Esse elevado número deve-se ao aumento do número de vagas postas, anualmente, a concurso para as Escolas Médicas e ao crescimento, em número, dos cursos de Medicina que passaram de cinco para oito num espaço de tempo inferior a uma década.

É, então, lícito supor que o número de detentores do grau de licenciado ou mestre em Medicina que podem procurar formação pós-graduada em território português ronde já os 1.700 por ano e que, a manter-se a tendência que referimos, esse número atinja, em menos de cinco anos, um número igual ou superior a 2.000 por ano.

A formação médica pré-graduada e a formação pós-graduada em Medicina Geral e Familiar (MGF) realizadas em Portugal são reconhecidas, nacional e internacionalmente, como de grande exigência e qualidade, fruto dos desenvolvimentos ocorridos nas passadas décadas ao nível da academia e ao nível das coordenações de internato médico de medicina geral e familiar (IMMGF).

A estratégia seguida, desde há vários anos, ao nível da formação médica pré-graduada conduzirá, inevitavelmente a uma degradação da qualidade da medicina em Portugal, que será

severa e difícil de reverter a médio prazo. Após várias reformas e mudanças ao nível do ensino médico, hoje tem-se verificado um número de licenciados que supera largamente as necessidades nacionais. O aumento desmesurado de licenciados em medicina tem repercussões diretas no que concerne ao mapa de vagas do internato médico das diversas especialidades, pois naturalmente pretende-se dar uma oportunidade de especialização a todos os que se qualificam para tal e que pretendem obtê-la em território nacional.

Nos últimos anos o aumento de vagas ao nível do internato médico tem sido realizado principalmente através da disponibilização de capacidades formativas na especialidade de MGF. Todos sabemos que ainda existe uma situação de carência relativa de médicos de família, sendo necessário rentabilizar todas as capacidades formativas nesta especialidade. Contudo, mais do que nunca, a formação médica deve acompanhar as necessidades do país e adaptar-se às possibilidades e condições de formação existentes no terreno, que mudam de ano para ano.

Formação específica

Muitos médicos da carreira de clínica geral iniciaram funções nos centros de saúde sem antes terem sido submetidos a qualquer processo de formação, previsto no Decreto-Lei nº 310/82. Tornou-se imperativo dar resposta a esta necessidade.

Na sequência dos esforços exercidos pela União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO), a Comunidade Europeia publica a Directiva CEE nº 457/CEE/86, que regulamenta a formação específica.

Os institutos de clínica geral das Zonas Norte, Centro e Sul criados entre 1981 e 1983 tiveram um papel--chave no processo transitório da formação específica em exercício, tendo sido aprovado o seu regulamento pela Portaria nº 505/86, de 9 de Setembro (Tavares,1997). Apenas a 26 de Novembro de 1986 é publicada a Portaria nº 712/86, que regulamenta a formação específica em exercício. Em 1987 são, finalmente, publicados no Diário da República os avisos de abertura dos concursos para ingresso nos programas de formação específica nas três zonas do país.

Esta formação, além de centralizada nas grandes cidades (Lisboa, Porto e Coimbra), caracterizava-se por um ensino de sala teórico de longa duração, na maioria das vezes não adequado à prática clínica. Apesar de necessária e imprescindível, alterou por completo toda a dinâmica dos centros de saúde, devido ao número elevado de médicos que em cada período

frequentavam a formação específica na área do ensino de sala, atendendo ao enorme atraso do seu início. A deslocação era penosa para muitos desses médicos, que não usufruíam de ajudas de custo; foi difícil efetuar a gestão da situação em locais mais distantes e com menos recursos humanos onde as urgências eram asseguradas pelos médicos de família.

A 11 de Junho foi publicada a Portaria nº 425/90, que se sobrepõe à nº 712/86, melhorando o processo formativo, individualizando-o, alargando o leque de recrutamento de orientadores, valorizando o papel destes quer no exercício orientado, quer nas outras etapas formativas, diminuindo a carga horária e dando predomínio ao exercício orientado sobre as restantes etapas (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1987). Previa-se a conclusão deste processo formativo em 1995, mas veio a terminar apenas em 1997.

Formação complementar

A primeira tentativa legislativa para criar a carreira de generalista ocorreu em 1977, mas não teve êxito, pelo receio dos jovens médicos de que se tratasse apenas de uma medida governamental de perpetuação do serviço médico à periferia.

Em 1980 surge em termos legislativos a carreira de generalista (Portaria nº 444-A/80). Tornou-se claro que o internato complementar deveria ser a única via de acesso à carreira de clínica geral após findar a formação específica na totalidade.

Em 1981 inicia-se o primeiro programa de internato complementar de generalista (posteriormente designado por internato complementar de clínica geral), não totalmente adequado às necessidades e especificidades do médico de família (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1998). Em 1988 surge a primeira caderneta de estágio e, finalmente, o internato tem uma ligação mais directa ao centro de saúde, sendo o último ano obrigatoriamente passado no centro de saúde.

Em 1995 foi proposto o novo programa de formação para o internato complementar pelo colégio de especialidade de clínica geral da Ordem dos Médicos. Um programa mais específico e mais aprofundado em áreas consideradas fundamentais, sendo necessário o seu alargamento de três para quatro anos. Infelizmente, não foi aprovado (Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995). O ano de 1997 tem o maior número de opções para o internato complementar de clínica geral, graças ao esforço conjunto das coordenações do

internato para aumentarem as capacidades formativas, assim como do Colégio de Especialidade para verificar e conceder as idoneidades.

O internato complementar é hoje a única via de acesso à carreira de clínica geral, garantindo, assim, o prestígio de uma especialidade jovem mas complexa.

▪ **Em Timor-Leste**

Formação pré-graduada

Todos os médicos recém-graduados foram formados graças a um convénio firmado entre os governos de Cuba e a República Democrática de Timor-Leste. O acordo entre as duas nações tem como meta principal a formação de 1000 médicos timorenses, estimando que este número deve ser alcançado até 2016 e representará uma grande transformação no sistema de saúde do país. Além do tempo de permanência nas universidades cubanas, os estudantes ainda tiveram aulas com professores do país nos dois anos de estudos complementares nos 13 distritos de Timor, onde existem extensões da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional. Quase 500 jovens timorenses, oriundos de famílias humildes, tornando-se médicos.

A Universidade Nacional Timor Lorosa'e (UNTL), foi fundada em 2000, com sede na capital timorense. No seu desenho inicial não havia cursos destinados à formação de profissionais de saúde. A Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da UNTL criada somente em Dezembro de 2005, no quadro da parceria entre os dois países, tem o seu corpo docente formado por professores cubanos.

Formação específica

Em Dezembro de 1999, foi criado um Grupo de Trabalho de Profissionais de Saúde de Timor Leste, com o objetivo de se começarem a definir linhas de orientação para a implementação de um futuro sistema de saúde no território.

No contexto de emergência, logo em Setembro de 1999, verificou-se a entrada das ONG portuguesas de saúde em Timor. As respectivas equipas médicas, que rapidamente se espalharam pelo território, desempenharam um papel fundamental na assistência aos refugiados e à população deslocada, tendo assegurado para além dos cuidados de saúde, a distribuição de alimentos e bens de primeira necessidade, contribuindo para pôr fim ao cenário de emergência.

Assim, e na sequência do convite do CATTIL que gradualmente foi transferindo competências nos hospitais de Maubisse e Ermera, às ONG que entraram no território em Setembro juntaram-se a CIC Portugal, a Saúde em Português e o Instituto Marquês de Valle Flôr. Desta forma, em meados de 2000, a CIC e a ASP deram corpo a uma estreita e singular parceria de trabalho no Hospital de Maubisse, cobrindo também localidades do distrito de Ainaro.

No Hospital de Maubisse, a Missão Humanitária Portuguesa cedeu lugar à parceria CIC/Saúde em Português. Foi no cenário da intervenção em Timor um caso singular, já que não se tratou meramente de uma parceria de meios, mas antes da criação de uma equipa mista de médicos, enfermeiros e logísticos que, em conjunto, asseguraram a prestação de cuidados de saúde à população deste subdistrito da região de Ainaro.

Apesar de não ser líder distrital, cabia à parceria CIC/Saúde em Português garantir o funcionamento do Hospital de Maubisse, estabelecimento de referência para o distrito de Ainaro e Manufahi, e até mesmo da população de Aileu. Em Maubisse, a equipa CIC/Saúde em Português retomou as consultas de saúde do adulto, saúde infantil e saúde materna, aprovisionamento de medicamentos, procedendo também a acções de formação e reciclagem do pessoal local. De acordo com o plano distrital de saúde, a parceria CIC / Saúde em Português assegurou regularmente clínicas móveis às localidades de Turisca e Hatubulico, e recuperou o Centro de Saúde de Maulau.

Saúde em Português e o Fórum Timorense, juntamente com a Administração Regional de Saúde do Centro e a Universidade de Coimbra, organizaram o Encontro Internacional em Saúde por Timor Leste, que teve lugar entre 16 e 18 de Março de 2000, em Coimbra. O encontro, embora aberto a todos os interessados, destinou-se sobretudo a profissionais de saúde timorenses, tendo apostado no debate e análise sobre sistemas de saúde, e na promoção deste sector como fator de desenvolvimento.

O Programa de Cooperação 2000 – 2002 de Portugal, indicou os princípios gerais do Programa Indicativo de Cooperação com Timor Leste, as exigências que os projetos de cooperação devem respeitar, a estrutura de coordenação da cooperação portuguesa com Timor Leste e finalmente os eixos prioritários para o Programa no ano 2000.

Em consonância com a estratégia definida pelo Governo Português, e devido à complexidade do esforço de reconstrução e a necessidade de enquadramento dos projetos de reconstrução das infra-estruturas no contexto de desenvolvimento de médio e longo prazo, o Governo

Português só iria intervir nessa área mediante solicitação do CNRT e autorização da UNTAET, através da apresentação de projetos cujo financiamento seria assegurado através da contribuição multilateral.

No âmbito bilateral, existiam disponibilidades para afetar cerca de 5,8 milhões de contos, à execução de projetos agrupados nas cinco áreas de concentração identificadas pelo Governo como prioritárias:

- Apoio ao sistema educativo
- Assistência humanitária e setor da saúde
- Apoio à estruturação do futuro Estado e reforço da Sociedade Civil
- Construção e reabilitação dos edifícios
- Apoio ao desenvolvimento económico

Assistência Humanitária e Sector da Saúde: o grau de devastação atingido com a destruição de Setembro de 1999 tornou obrigatória uma intervenção nesta área. A passagem de um contexto de emergência para um contexto de reabilitação e transição para a independência permitiu lançar projetos nesse sector que contribuíram para um sistema de saúde do país independente. Estes projetos tinham em conta que este sector não seria um eixo prioritário da Cooperação Portuguesa com Timor Leste no futuro de médio prazo.

1. Dotado em termos indicativos com 600 mil contos, estavam já identificados projectos na área da reconstrução do Hospital Dr. António Carvalho (valências: saúde materno-infantil, ginecologia e obstetrícia e doenças infecto contagiosas) (previsão de custos: 250 000 contos).

2. Apoio a organizações não-governamentais da saúde a atuar em quatro distritos, para além de Díli (previsão de custos: 200 000 contos).

3. Missão humanitária – Terminada a fase de emergência da missão humanitária, estava também a terminar as suas atividades, embora algumas ainda foram imputáveis ao exercício do ano 2000 (previsão de custos: 150 000 contos).

Face à necessidade premente de coordenar as ações na área da saúde, ao serem promovidas por um conjunto bastante amplo e diversificado de atores, a UNTAET formou, em Fevereiro de 2000, a Autoridade Interina de Saúde (IHA).

Entre Abril e Dezembro de 2000, uma missão de planeamento em conjunto com a IHA desenvolveu o Programa de Reabilitação e de Desenvolvimento do Sector da Saúde, no

âmbito do fundo para Timor Leste administrado pelo Banco Mundial. Em Agosto, a IHA foi substituída pela Divisão de Serviços de Saúde (DHS).

Ações de formação de mais variada índole têm sido ministradas a pessoal timorense: formação em bacteriologia dirigida a técnicos de laboratório (UNTAET, 17-7-00); 2º curso de formação à Associação de Parteiras de Timor Leste pela UNICEF (UNTAET, 27-7-00). Apesar deste esforço, a OMS considera que poucos cursos têm sido levados a cabo para aumentar a capacidade específica dos recursos humanos timorenses.

Em Janeiro de 2010, Médicos do Mundo deu início à sua missão nos distritos de Lautem e de Viqueque, com o objectivo de reduzir a taxa de mortalidade e morbidade materno-infantil, procurando aumentar e melhorar o acesso a serviços de saúde na rede fixa e a nível da comunidade, através de um projeto chamado “Comunidade Saudável”, financiado pela Comissão Europeia e pelo Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, com financiamentos complementares da Fundação Calouste Gulbenkian e do Ministério da Saúde de Timor-Leste.

Para isso, Médicos do Mundo trabalhou em estreita colaboração com as Direções Distritais de Saúde de Lautem e de Viqueque, tendo apoiado em ambos os distritos a implementação do Programa SISCa (Serviço de Assistência de Saúde Comunitária), que teve como principais objetivos providenciar uma assistência de saúde com qualidade às comunidades mais afastadas das unidades de saúde e promover a educação para a saúde.

Destacaram-se as seguintes ações:

- Realização de um estudo sobre conhecimentos e práticas maternas na área da nutrição infantil, imunização, doença respiratória aguda, doença diarreica aguda, malária e febre, relativamente a crianças menores de 24 meses, que permitiu conhecer melhor a problemática e adequar a intervenção da MdM e de futuros intervenientes.
- Formação de técnicos de saúde na área da saúde materno-infantil, nomeadamente em sistemas de informação em saúde, advocacia em nutrição, planeamento familiar e consulta à grávida.
- Formação de autoridades locais e voluntários comunitários do programa SISCa.

O projeto terminou com balanço positivo. Conseguiram-se evoluções consideráveis ao nível dos indicadores de imunização (nomeadamente a percentagem de crianças com menos de 1

ano vacinadas contra a BCG, sarampo, poliomielite e DPT), assim como da percentagem de mulheres grávidas que iam à primeira consulta pré-natal (em Lautem, passou de 50,8% em 2011 para 76% em 2013 e, em Viqueque, de 82,5% para 88,2%).

A decisão de terminar a sua missão em Timor-Leste prendeu-se com a difícil situação financeira que a Médicos do Mundo atravessava e com as consequentes dificuldades em garantir um trabalho de qualidade e um apoio sustentável.

Formação complementar

Atualmente Cuba e Timor-Leste possuem parcerias em setores como os da educação, cultura, saúde, energia, agricultura e mineração.

As áreas da saúde e da educação têm destaque neste quadro, com um grande volume de colaboradores e projetos e também com um impacto maior para a população local.

Segundo dados de 2011, desde o início da cooperação médica com Timor, em 2004, trabalharam no país mais de 700 profissionais cubanos da área da saúde. Está em operação no país uma Brigada Médica cubana composta por 192 funcionários. O governo timorense já reconheceu em diversas ocasiões que a ajuda proveniente de Cuba contribuiu para reduzir de modo considerável os níveis de mortalidade materno-infantil.

Os dados indicam que até 2011 a mortalidade de crianças de menos de cinco anos foi reduzida pela metade e que a incidência de malária e dengue diminuiu significativamente.

Desde 2007, Timor Leste também adotou o lema cubano "Yo si puedo" (Sim, Eu Posso), em um projeto de alfabetização seguindo o modelo usado em Cuba e com o apoio de especialistas deste país. Até o final do primeiro trimestre deste ano mais de 170 mil timorenses tinham sido alfabetizados através do método cubano. Este número representa cerca de 80% dos analfabetos do país. O trabalho de erradicação do analfabetismo envolveu milhares de facilitadores espalhados por 27 comunidades, totalizando 584 pontos de alfabetização que continuam a funcionar em todo território. Para as autoridades, o progresso do trabalho permite estimar que nos próximos meses o país poderá ser declarado livre do analfabetismo.

10. CONCLUSÕES

O percurso evolutivo da MGF em Portugal até a situação atual teve duração de mais de 30 anos. A sua articulação com os sistemas de saúde e os fatos que foram acontecendo e as medidas políticas que foram tomando ao longo do tempo, conduziram à aceitação e afirmação da especialidade de MGF e ao reconhecimento do perfil profissional do médico de família.

Podemos concluir que a MGF ocupa atualmente em Portugal um lugar importante como atividade médica diferenciada, sendo cada vez mais uma opção de escolha para os futuros médicos que iniciam a sua especialização. Além disso, os médicos de família são hoje reconhecidos pela sua atuação.

Desde a sua criação em Portugal, a MGF tornou-se reconhecida pelos portugueses, alcançando uma imagem credível e de confiança junto da população. Oferece às populações uma Medicina de qualidade e proximidade, dando resposta às suas necessidades de mais e melhor saúde. A MGF é uma especialidade que tem vindo a conquistar as preferências das novas gerações de médicos.

Quanto à saúde em Timor-Leste após a independência, muito foi feito em 10 anos, muito ainda há por fazer. Um país em que as estruturas estaduais estão ainda a ser criadas e as bases do sistema nacional de saúde estão a ser construídos. A duplicação de esforços e compromissos nacionais estabelecidos com outros parceiros de desenvolvimento, especialmente a CPLP, no âmbito de integração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, é fundamental e determinante para a evolução e o desenvolvimento do sistema nacional de saúde em Timor-Leste.

Actualmente, o Governo timorense lançou mais um novo Pacote de Serviço Compreensivo dos Cuidados de Saúde Primária (CSP), instrumento que definirá nos próximos anos a forma como o setor de saúde comunitária se vai desenvolver no país. O Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde 2011-2030, pretende que haja, pelo menos, um médico, dois enfermeiros, duas parteiras e um técnico de laboratório em cada Suco com, pelo menos, 2.000 habitantes.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Wonca Europa, Definição Europeia 2002 de Medicina Geral e Familiar. WONCA (World Organization of Family Doctors, 1991. APMGF (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar). J.Jordão, J.G. et al (1988). Princípios e Fundamentos do Exercício da Clínica Geral / Medicina Familiar numa Estratégia de Cuidados de Saúde Primários. Relatório.

Allen L. Hixon, MD; Gregory G. Maskarinec, PhD. University of Hawaii, Department of Family Medicine and Community Health. UN, Road Map to wards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations, 2001.

Constituição da República Democrática de Timor-Leste, 2004. Governo de Timor-Leste (em <http://timor-leste.gov.tl>).

JAIME CORREIA DE SOUSA, ANA MACEDO SARDINHA, JESUS PEREZ Y SANCHEZ, MIGUEL MELO, MARIA JOSÉ RIBAS; medicina geral (em <https://www.ensp.unl.pt>)

John Walley, Joy E Lawn, Anne Tinker, Andres de Francisco, Mickey Chopra .Primary health care: making Alma-Ata a reality.

Lisboa: Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários. Secretário de Estado da Saúde, Maio 2012, REVISÃO DO REGIME DO INTERNATO MÉDICO.

Medicina Geral e Familiar (em www.grupohpa.com/pt), Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 6-12 de Setembro 1978; Alma-Ata; USSR.

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (em <http://www.unric.org/pt>). European Observatory on Health Care System (EOHCS), (1999), Health Care Systems in Transition – Portugal. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

Observatório Timor-Leste (em <http://members.pcug.org.au>), Boletim OPLOP 98. Programa Indicativo de Cooperação Portuguesa para Apoio à Transição de Timor-Leste, 2000. Médicos do Mundo (em www.medicosdomundo.pt/fim-da-missao-em-timor-leste). Comissário para Apoio à Transição em Timor-Leste (em www.comissario-timor.gov.pt).