



COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima nona sessão

Brazzaville, República do Congo, de 19 a 23 de Agosto de 2019

Ponto 12 da ordem do dia provisória

**QUADRO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE ATRAVÉS
DO REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE AO NÍVEL DISTRITAL/LOCAL, EM
APOIO À CUS NO CONTEXTO DOS ODS**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. No contexto da Agenda do Desenvolvimento Sustentável, o Objectivo do Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) consiste em garantir vidas saudáveis e bem-estar para todos em qualquer idade. Várias declarações internacionais reconhecem o sistema de saúde ao nível distrital como um importante veículo para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS), em que todas as pessoas obtêm cuidados de qualidade quando necessário sem que por isso tenham de passar por dificuldades financeiras. Entre estas declarações inclui-se a Declaração de Astana de 2018 sobre os cuidados de saúde primários.
2. Um sistema de saúde ao nível distrital refere-se a uma rede de organizações e unidades de saúde que prestam serviços de saúde equitativos, completos e integrados a uma determinada população. Os Estados-Membros realizaram progressos nas reformas dos sistemas de saúde ao nível distrital, mas os seus sistemas de saúde encontram-se em fases diferentes. Em média, a Região Africana presta apenas 48% dos serviços de saúde que podem ser prestados devido a lacunas na disponibilidade dos serviços nas unidades de saúde e na capacidade destas para prestar os serviços necessários.
3. Os sistemas nacionais de saúde na Região Africana estão acometidos por múltiplos problemas e desafios, incluindo: falta de recursos; má organização e gestão; má governação; capacidade limitada para dados e informação; medicamentos, produtos e consumíveis de saúde inadequados; pacotes de serviços de saúde limitados; fracos sistemas de encaminhamento; e infra-estruturas de saúde fracas e inadequadas. Por outro lado, houve avanços na tecnologia, incluindo o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, e da saúde digital.
4. Foi elaborado um quadro para a prestação de serviços essenciais de saúde através do reforço dos sistemas de saúde ao nível distrital/local, em apoio à CUS no contexto dos ODS. O Quadro tem os seguintes objectivos: nortear os Estados-Membros no reforço e manutenção dos sistemas de saúde ao nível distrital para a prestação de serviços essenciais de saúde; e articular medidas prioritárias para permitir aos Estados-Membros prestarem serviços essenciais de saúde que respondam às necessidades individuais e das comunidades ao longo da vida. O Quadro estabelece metas, marcos e intervenções prioritárias para nortear os Estados-Membros nas formas de assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade para todos através de um conjunto proposto de intervenções prioritárias que procuram solucionar os problemas e os desafios encontrados.
5. Solicita-se ao Comité Regional que analise e adopte as intervenções e as medidas prioritárias propostas no presente Quadro.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–6
SITUAÇÃO ACTUAL	7–10
PROBLEMAS E DESAFIOS	11–18
O QUADRO REGIONAL	19–23
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	24–30
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	31–44

ANEXO:

	Página
Excerto do capítulo sobre o índice de cobertura universal de saúde do relatório sobre o Estado da Saúde na Região Africana da OMS.....	10

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CSP	Cuidados de saúde primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
EPSSC	Estratégia de planeamento e serviços de saúde de base comunitária
ODS	Objectivos do Desenvolvimento Sustentável
RHS	Recursos humanos para a saúde
SARA	Avaliação da disponibilidade e prontidão dos serviços
SSD	Sistema de saúde ao nível distrital
TCS	Trabalhadores comunitários de saúde

INTRODUÇÃO

1. O sistema de saúde ao nível distrital refere-se a uma rede de organizações e de unidades de saúde que prestam serviços de saúde equitativos, completos e integrados a uma determinada população.¹ Os serviços essenciais de saúde são serviços baseados nas necessidades das populações ao invés do pacote básico de serviços de saúde baseados nos recursos.
2. Em 1978, a Declaração de Alma Ata definiu o distrito de saúde como o veículo dos cuidados de saúde primários (CSP) para alcançar o derradeiro objectivo da saúde para todos. Nas suas quinquagésima sexta e quinquagésima sétima sessões, o Comité Regional da OMS para a África adoptou orientações para a revitalização destes serviços, utilizando a abordagem dos CSP em 2006, e resoluções sobre o reforço dos sistemas de saúde, incluindo um sistema de saúde ao nível distrital (SSD) em bom funcionamento para o acesso universal, em 2007. A Declaração de Ouagadougou de 2008 apelou ao reforço dos sistemas de saúde através da abordagem dos CSP. A importância do SSD foi reconhecida pela Declaração de Harare de 1987 e reafirmada pela reunião de avaliação em Dacar, no Senegal, em 2013.² Os CSP e o papel do SSD foram reiterados na Conferência Internacional sobre os CSP em Astana, em Outubro de 2018.
3. A Declaração de Astana de 2018 sobre os CSP reafirmou a importância dos CPS e o papel central da comunidade na consecução da Cobertura Universal de Saúde (CUS) e na contribuição para a consecução dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). O quadro operacional da Declaração fornece uma base sólida para o reforço do SSD.
4. No entanto, os SSD encontram-se em diferentes fases nos Estados-Membros e de um Estado-Membro para outro. Uma das principais constatações do surto da doença por vírus Ébola na África Ocidental (2013-2016)³ e de um surto na República Democrática do Congo (2018-2019) foi a ausência de prestação de serviços essenciais durante e após as emergências de saúde pública, como consequência negativa da inexistência de um SSD robusto e resiliente.
5. Em sintonia com a meta dos três mil milhões do Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho (PGT 13), nomeadamente, mais mil milhões de pessoas a beneficiarem da Cobertura Universal de Saúde, mais mil milhões de pessoas protegidas contra as emergências sanitárias e mais mil milhões a gozarem de melhor saúde e bem-estar, os serviços essenciais têm de chegar a todas as populações. Isto exige um SSD mais sólido e mais funcional.
6. O Quadro proposto visa nortear os Estados-Membros da Região Africana na revitalização e aperfeiçoamento das capacidades do SSD para facilitar a consecução da CUS.

¹ Glossário sobre o reforço dos sistemas de saúde. (https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index3.html, consultado em 20 de Fevereiro de 2019)

² Comunidade de Prática de Prestação de Serviços de Saúde (2014). Renovar os distritos de saúde para fazer avançar a cobertura universal de saúde em África. Relatório da conferência regional “Distritos de saúde em África: progressos e perspectivas 25 anos após a Declaração de Harare” 21-23 Outubro de 2013, Dacar, Senegal. (<https://www.health4africa.net/wp-content/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf>. Consultado em 12 de Fevereiro de 2019)

³ Marie-Paule Kieny et al (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Organização Mundial da Saúde. Bulletin of the World Health Organization 2014; 92:850. doi: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/>

SITUAÇÃO ACTUAL

7. Os Estados-Membros têm vindo a empreender reformas para reforçar os SSD com vista a melhorar a prestação de serviços, com a conseqüente melhoria no acesso a serviços de qualidade e uma melhor participação comunitária. Por exemplo, o Gana implementou a iniciativa de planeamento e serviços de saúde de base comunitária (CHPS)⁴ e o Maláui e o Uganda possuem um programa para o melhoramento do desempenho da saúde ao nível distrital.⁵ A Etiópia, o Lesoto, o Maláui, o Ruanda e o Uganda começaram a utilizar trabalhadores comunitários de saúde (TCS), com diferentes estratégias. O Ruanda e a África do Sul também introduziram os médicos de família nos SSD.⁶ Além disso, a África do Sul também levou a cabo uma reformulação dos CSP e introduziu o quadro de “Clínica Ideal”. Cabo Verde tem serviços especializados alargados através da telemedicina e do programa de ciber saúde.⁷

8. Segundo o Relatório da OMS/AFRO sobre o Estado da Saúde (2018), a Região presta actualmente uma média de 48% dos serviços de saúde e relacionados com a saúde que poderiam ser potencialmente prestados. Disponibiliza apenas 36% dos serviços essenciais necessários para que a população alcance a CUS, ao passo que o acesso da população a estes serviços situa-se nos 32%. As iniquidades abundam entre e nos Estados-Membros, sendo que a protecção contra o risco financeiro é de 34%.⁸

9. A avaliação da disponibilidade e prontidão dos serviços (SARA) realizada em nove Estados-Membros⁹ revelou lacunas pronunciadas na disponibilidade de serviços nas unidades de saúde e na capacidade destas em prestarem esses serviços. Por exemplo, a percentagem de unidades de saúde que indicaram a disponibilidade de serviços básicos de cirurgia foi inferior a 50% na maioria dos Estados-Membros. A prontidão das unidades de saúde, medida pela disponibilidade de marcadores como os recursos humanos, o equipamento e os medicamentos, foi particularmente baixa. Quase nenhuma das unidades de saúde dos Estados-Membros dispunha dos marcadores considerados como particularmente importantes para a disponibilização de serviços específicos. Além disso, em comparação com a situação mundial, a densidade de profissionais de saúde na Região Africana por 10 000 habitantes em termos de enfermeiros e parteiras era, em média, de 12,4 contra 28,6, e em termos de médicos, de 2,7 contra 13,9¹⁰ durante o período de 2007 a 2013. Ao mesmo tempo, foram observadas iniquidades em termos da afectação de recursos e da despesa ao

⁴ Nyonator FK et al (2005). The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation. *Health Policy and Planning*; 20(1): 25–34.

⁵ MOH Malawi., District Health Performance Improvement Evaluation report 2016, (https://www.unicef.org/evaldatabase/index_93776.html, consultado em 24 de Abril de 2018).

⁶ MOH South Africa, The contribution of family physician to district health services, (<http://reference.sabinet.co.za/document/EJC173164>, consultado em 24 de Abril de 2018).

⁷ Deloitte (2018). Evaluation of projects of telemedicine and E-Health Network in Cabo Verde for the Period 1011 – 2017 – Final Report.

⁸ Organização Mundial da Saúde (2018). O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: uma análise do estado da saúde, dos serviços e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável, Brazzaville, Escritório Regional da OMS para a África.

⁹ Inquéritos de SARA (Benim – 2015; Burquina Faso – 2014; Chade - 2015; Etiópia - 2015; Mauritânia - 2016; Níger - 2015; República Democrática do Congo - 2014; Zâmbia - 2015; Zimbabué - 2015. (https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reports/en/, consultado em 25 de Janeiro de 2019).

¹⁰ Organização Mundial da Saúde (2016). Atlas das Estatísticas de Saúde em África, 2016. Análise da situação sanitária na Região Africana. Observatório Africano da Saúde. Brazzaville, Escritório Regional da OMS para a África.

nível subnacional, com consequências negativas na disponibilidade e acessibilidade aos serviços.^{11,12}

10. Vinte e seis Estados-Membros¹³ da Região elaboraram estratégias nacionais de ciber saúde, embora a sua operacionalização e expansão ao nível nacional continue a ser limitada. No entanto, a penetração da Internet nas populações africanas foi de apenas 36,1% em 2018, um factor que dificulta a expansão da saúde digital.

PROBLEMAS E DESAFIOS

11. **Lacunas na governação, liderança e gestão:** As estruturas de governação da saúde ao nível distrital enfrentam uma capacidade limitada em matéria de supervisão, planeamento e gestão. Por exemplo, existem desafios na selecção e orientação dos membros destas estruturas, e uma articulação e comunicação ineficazes com outras instituições.¹⁴ Apesar dos esforços no sentido da descentralização, o mandato e a capacidade de tomar decisões ao nível operacional continua limitada, e a capacidade para realizar as funções descentralizadas permanece um desafio.¹⁵ Existe uma capacidade limitada em termos de formação, mentoria e supervisão em liderança e gestão aos níveis mais baixos. Além disso, a colaboração intersectorial insuficiente e o envolvimento do sector privado têm um impacto negativo nos SSD.

12. **Recursos humanos inadequados para a saúde:** A escassez de recursos humanos e a sua má distribuição dificultam o acesso a serviços de saúde com qualidade.¹⁶ Apesar da escassez de recursos humanos, alguns órgãos profissionais continuam relutantes em permitir a delegação de certos serviços essenciais.¹⁷ Em alguns casos, isto torna difícil a implementação da transferência de tarefas. Por outro lado, as mudanças epidemiológicas exigem novas competências que os profissionais de saúde poderão não ter.

13. **Acesso inadequado a medicamentos essenciais, outros produtos de saúde e equipamentos:** Quarenta e três Estados-Membros¹⁸ possuem formulários de medicamentos essenciais. Embora 17 Estados-Membros¹⁹ tenham actualizado estes formulários entre 2016 a 2019,²⁰ ainda não foram alargados para incluir meios de diagnóstico e dispositivos médicos.

¹¹ Maharaj Y, Robinson A and McIntyre D. (2018). A needs-based approach to equitable allocation of district primary healthcare expenditure in North West Province, South Africa. *S Afr Med J.* 2018 Feb 27;108(3):190-196. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v108i3.12588.

¹² Otieno M (2016). Resource allocation to health sector at the county level and Implications for equity, a case study of Baringo county. A research project submitted in partial fulfilment for the Requirement of an award for masters of science degree in Health economics and policy, university of Nairobi.

¹³ África do Sul, Botsuana, Benim, Camarões, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Maurítânia, Maurícia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Uganda, Togo, Zâmbia e Zimbabué.

¹⁴ IPAR Discussion Paper Series. An Assessment of the Delivery Capacity of the District Health Systems in Kenya Series ([http://www.who.int/management/ An Assessment of the Service Delivery Capacity of the District Health Systems in Kenya.pdf](http://www.who.int/management/An%20Assessment%20of%20the%20Service%20Delivery%20Capacity%20of%20the%20District%20Health%20Systems%20in%20Kenya.pdf), consultado em 24 Abril de 2018).

¹⁵ Alemu KT (2015). District Level Decentralization and Public Service Delivery in Ethiopia: Cases from Amhara region. *International Journal of African and Asian Studies* Vol 10, 2015: 24-38.

¹⁶ The Implication of Shortages of Health Professionals for Maternal health in Sub-Saharan Africa.

¹⁷ Zachariaha, R, et al (2009). Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (2009) 103, 549–558.

¹⁸ Essack, SY, 2017. Antimicrobial resistance in the WHO African region: current status and roadmap for action. *Oxford Public Health Journal*, [Online]. Mar; 39(1): 8-13.

¹⁹ África do Sul, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Madagáscar, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Senegal e Serra Leoa.

²⁰ Base de dados interna da Unidade das Tecnologias e Inovações na Saúde do Grupo Orgânico dos Sistemas e Serviços, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2916-2019.

Apenas nove Estados-Membros²¹ estão a fabricar produtos farmacêuticos ao nível local que são competitivos e comparáveis com os padrões internacionais, e estima-se que entre 70% e 90% dos medicamentos²² consumidos na África Subariana sejam importados. O custo elevado dos produtos médicos essenciais aumenta as despesas directas. A logística e sistemas de gestão dos abastecimentos limitados enfraquecem a capacidade geral dos sistemas de saúde para responderem às necessidades em termos de cuidados das populações.²³ A má qualidade e os produtos contrafeitos são um desperdício de recursos e custam inúmeras vidas.

14. Falta de pacotes de cuidados essenciais de saúde: Os Estados-Membros desenvolveram pacotes básicos de saúde.²⁴ No entanto, enfrentam desafios para definir, determinar o custo, implementar e monitorizar os pacotes de serviços essenciais de saúde.²⁵

15. Fracos sistemas de encaminhamento: O sistema de encaminhamento do serviço de saúde desempenha um papel central para determinar o acesso aos serviços e a maioria dos Estados-Membros elaborou políticas de encaminhamento. No entanto, é frequente os sistemas de encaminhamento não estarem em funcionamento devido a recursos de saúde, infra-estruturas de transportes e comunicações, finanças e capital social inadequados.²⁶

16. Disponibilidade e utilização limitada dos dados: Apesar dos progressos realizados nos sistemas de informação sanitária, a disponibilidade e a utilização dos dados e da informação, incluindo os registos electrónicos de saúde ao nível operacional permanecem limitados.²⁷ O registo civil e as estatísticas vitais são limitadas ou inexistentes; os dados das unidades de saúde periféricas tendem a estar incompletos e a ser comunicados tardiamente. Os desafios são, nomeadamente, as capacidades limitadas de análise e gestão de dados e o seu uso no planeamento e na tomada de decisões ao nível local.

17. Envolvimento inadequado das comunidades: Não obstante as evidências apontarem para o valor das parcerias genuínas entre a comunidade e o sector da saúde no desenvolvimento dos serviços de saúde para as comunidades rurais,²⁸ o envolvimento inadequado das comunidades, bem como a inadequação em termos de responsabilização e das exigências continuam a contribuir para uma fraca prestação de serviços de saúde.²⁹ Frequentemente, as comunidades não recebem informações nem têm oportunidades para manifestar as suas opiniões e contribuir para a tomada de decisões.

²¹ África do Sul, Argélia, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, República Democrática do Congo e Nigéria.

²² [McKinsey Global Institute](https://www.mckinsey.com/global-themes/middle-east-and-africa). Should Sub-Saharan Africa Make Its Own Drugs? <https://www.mckinsey.com/global-themes/middle-east-and-africa>. Consultado em 5 de Abril de 2019.

²³ Prashant Yadav (2015). Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of the Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform, *Health Systems & Reform*, 1(2): 142–154, DOI: 10.4161/23288604.2014.968005.

²⁴ Otieno M (2016). Resource allocation to health sector at the county level and Implications for equity, a case study of Baringo county. A research project submitted in partial fulfilment for the Requirement of an award for masters of science degree in Health economics and policy, university of Nairobi.

²⁵ Freddie Ssengooba (2004). Uganda's minimum health care package: rationing within the minimum? (<http://www.bioline.org.br/pdf?hp04005>). Consultado em 25 de Fevereiro de 2019).

²⁶ Padmore Adusei Amoah and David R. Philips (2017). Strengthening the Referral System through Social Capital: A Qualitative Inquiry in Ghana.

²⁷ Odekunle FF, Odekunle RO and Shankar S (2017). Why sub-Saharan Africa lags in electronic health record adoption and possible strategies to increase its adoption in this region. *Int J Health Sci* Vol 11, No 4: 59-64.

²⁸ Preston RG, et al. (2010). Community participation in rural primary health care: Intervention or approach? *Australian journal of primary health*. 16. 4-16. 10.1071/PY09053.

²⁹ MOH Tanzania (2015). Decentralized local Health Services in Tanzania, (<https://www.urban.org/sites/default/files/publication/51206/2000215-Decentralized-Local-Health-Services-in-Tanzania.pdf>, consultado em 24 de Abril de 2018).

18. **Serviços de saúde com qualidade insuficiente:** A qualidade dos serviços de saúde é comprometida por diversos factores. Estes incluem, para além das lacunas mencionadas anteriormente, os maus sistemas de abastecimento de água e de eliminação dos resíduos, que são muitas vezes uma fonte de infecções ligadas às unidades de saúde.³⁰

O QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO REGIONAL

Visão, Finalidade, Objectivos, Metas e Marcos

19. **Visão:** Todas as pessoas em todas as idades têm acesso equitativo a serviços essenciais de saúde de qualidade que respondem adequadamente às suas necessidades no contexto da CUS.

20. **Finalidade:** Dispor de sistemas de saúde ao nível distrital em bom funcionamento que prestam serviços essenciais de saúde em todos os Estados-Membros.

21. Objectivos

Os objectivos do Quadro são:

- a) Fornecer orientações aos Estados-Membros para reforçarem e manterem os sistemas de saúde ao nível distrital de modo a prestarem serviços essenciais de saúde.
- b) Articular as medidas prioritárias para permitir aos Estados-Membros prestarem serviços essenciais de saúde que respondam às necessidades individuais e das comunidades ao longo de todo o ciclo da vida.

22. Metas regionais

Até 2030

- a) Todos os Estados-Membros têm comissões e equipas de gestão da saúde³¹ funcionais aos níveis distrital e inferiores.
- b) Pelo menos 80% dos Estados-Membros têm serviços essenciais de saúde disponíveis para 80% da população.
- c) Pelo menos 80% dos Estados-Membros criaram ligações entre as unidades de saúde e as comunidades em 80% dos distritos.
- d) Pelo menos 85% dos Estados-Membros desenvolveram uma força laboral comunitária de saúde com mais de 80% de cobertura nacional.

³⁰ World Health Organization (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.

³¹ A equipa de gestão ao nível distrital é chamada Equipa de Gestão da Saúde ao Nível. Refere-se a um grupo de pessoas técnicas com experiência profissional variada que trabalha em conjunto para nortear, supervisionar e coordenar os serviços de saúde num distrito. A sua composição varia de país para país.

23. Marcos:

Até 2023

- a) Todos os Estados-Membros definiram os pacotes de serviços essenciais de saúde.
- b) Pelo menos 50% dos Estados-Membros têm serviços essenciais de saúde disponíveis para 50% da população.
- c) Todos os Estados-Membros têm equipas de saúde funcionais ao nível distrital³² em, pelo menos, 50% dos distritos.
- d) Pelo menos 85% dos Estados-Membros criaram uma força de trabalho comunitária para a saúde com uma cobertura nacional superior a 80%.

Até 2026

- a) Pelo menos 60% dos Estados-Membros têm serviços essenciais de saúde disponíveis para 80% da população.
- b) Todos os Estados-Membros têm equipas de saúde ao nível distrital em, pelo menos, 70% dos distritos.
- c) Pelo menos 50% dos Estados-Membros criaram uma força de trabalho comunitária para a saúde com uma cobertura nacional superior a 80%.

Até 2028

- a) Pelo menos 70% dos Estados-Membros têm serviços essenciais de saúde disponíveis para 80% da população.
- b) Todos os Estados-Membros têm equipas de saúde ao nível distrital em, pelo menos, 85% dos distritos.
- c) Pelo menos 80% dos Estados-Membros criaram uma força de trabalho comunitária para a saúde com uma cobertura nacional superior a 80%.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

24. **Apropriação:** Os governos e as suas partes interessadas devem prosseguir uma abordagem inclusiva e participativa do planeamento e da implementação para assegurar a apropriação por parte do país.

25. **Direito à saúde:** O direito das pessoas à saúde, consagrado na constituição dos países, será respeitado melhorando o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e garantindo que ninguém seja deixado para trás.

26. **Foco nas pessoas:** A concepção e a prestação dos serviços de saúde devem ter em consideração, primeiramente, as necessidades e expectativas dos utentes e das suas famílias.

27. **Capacitação da comunidade:** Devem envidar-se todos os esforços possíveis para garantir que as comunidades tenham informação, conhecimentos e competências adequadas para se envolverem plenamente na saúde enquanto parceiros equivalentes.

³² A Equipa de Saúde ao Nível Distrital refere-se a uma equipa técnica no distrito que é responsável pela implementação de serviços de saúde.

28. **Sinergia:** Os esforços das diferentes partes interessadas devem ser aproveitados durante o planeamento e a implementação, para assegurar que se reforcem e complementem mutuamente.
29. **Ciclo de cuidados:** Os sistemas de prestação de cuidados de saúde devem garantir que não haja interrupções nos serviços de que os indivíduos e as famílias necessitam, como também garantir a existência de sistemas eficazes de encaminhamento dentro e entre os diferentes níveis de unidades de cuidados de saúde.
30. **Eficiência:** No espírito da optimização da afectação de recursos, tanto a prestação como o uso dos serviços devem ser racionalizados para assegurar um máximo de resultados usando o mínimo de recursos.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

31. **Reforçar as capacidades de governação, liderança e gestão:** Os Estados-Membros deverão analisar as estruturas de supervisão, liderança e gestão existentes a nível distrital para identificar e planificar uma forma de colmatar as lacunas. Deverão desenvolver as capacidades de liderança e gestão a todos os níveis através de formação, orientação e mentoria. Além disso, deverão desenvolver políticas e mecanismos adequados para descentralizar as funções do sistema de saúde, responsabilidades e poderes para o nível distrital/operacional e reforçar os seus sistemas operacionais e de gestão. Existe a necessidade de avaliar ou criar equipas de gestão da saúde ao nível distrital e aos níveis mais baixos, e garantir que haja uma relação de reforço entre os braços executivo e de implementação dos sistemas de prestação de serviços de saúde. Os Estados-Membros deverão reforçar a supervisão de apoio e criar um programa de desenvolvimento da capacidade de liderança para os profissionais de saúde com potenciais talentos nesta área.
32. **Melhorar as capacidades para a tomada de decisões baseadas em evidências e a monitorização e avaliação dos serviços de saúde ao nível distrital:** Deverão ser criados sistemas para a produção de dados de boa qualidade e desenvolvidas capacidades para a análise e a utilização de dados com vista à tomada de decisões para colmatar as lacunas identificadas pelos sistemas de dados e de informação. Deverá ser concebido e implementado anualmente um quadro de monitorização e avaliação do desempenho dos SSD com indicadores e metas claras.
33. **Definir, determinar o custo e mobilizar recursos para os pacotes de serviços essenciais de saúde:** Deverão ser definidos pacotes de serviços essenciais de saúde para abranger toda a vida, baseados nas necessidades e não na disponibilidade dos recursos. Uma vez determinados os custos, deverá ser elaborado um plano de mobilização de recursos que será incorporado nos orçamentos distritais e nacionais. É essencial um maior foco na mobilização de recursos nacionais.
34. **Desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde para implementar o pacote de serviços essenciais de saúde:** Isto deverá incluir a avaliação das lacunas em termos das competências e a formação laboral. As instituições de formação deverão garantir que o programa curricular abranja os conhecimentos e as competências pertinentes para a implementação do pacote de serviços essenciais de saúde. É fundamental criar e levar a cabo formações contínuas no trabalho, assim como explorar a transferência de tarefas para serviços vitais onde as capacidades especializadas são escassas.
35. **Melhorar o acesso a medicamentos essenciais e outros produtos e equipamentos de saúde:** A capacidade de os distritos será desenvolvida através de formação e mentoria sobre quantificação da necessidade de medicamentos e produtos de saúde e para desenvolver as competências em matéria de compras e gestão da cadeia de abastecimento. Os distritos são também dotados de equipamento de gestão electrónica da logística que ligará as unidades de saúde ao nível

inferior com os armazéns distritais centrais. Será ainda providenciado transporte para a distribuição de medicamentos e de consumíveis de saúde com orçamentos adequados.

36. **Assegurar a prestação de serviços de saúde centrados nas pessoas:** Isto deverá envolver o desenvolvimento de modelos de prestação de serviços que dão resposta às necessidades dos utentes, criando mecanismos para se entender as expectativas dos utentes em relação aos serviços e para dar *feedback*. Os modelos de prestação de serviços irão adaptar-se a contextos especiais para populações urbanas, deslocadas e nómadas. A infra-estrutura de saúde será revista para estar alinhada com as necessidades actuais e que se possam antecipar de saúde e com as inovações tecnológicas. Os distritos irão assegurar a promoção do papel fundamental desempenhado pelos hospitais no serviço de saúde ao nível distrital, não apenas em termos de encaminhamento, mas igualmente em matéria de desenvolvimento de capacidades, supervisão, garantia de qualidade e mentoria. Também incluirá a disponibilização de clínicas de bem-estar e instalações para exercícios físicos, bem como a introdução de sistemas de marcação de serviços para reduzir o congestionamento e o tempo de espera dos utentes.

37. **Reforçar o sistema de encaminhamento na saúde:** As unidades de saúde específicas deverão ser designadas como unidades de referência primárias e secundárias, com os hospitais distritais a serem usados como unidades de referência secundárias. Estas unidades deverão ter os funcionários, o equipamento e a logística necessários, com sistemas funcionais de comunicação e transporte, e deverá ser criado um comando central para a coordenação e gestão dos encaminhamentos ao nível distrital. Deverão ser criados mecanismos para garantir *feedback* tanto para as unidades que fazem o encaminhamento quanto para as unidades de referência. No caso das populações com acesso limitado aos serviços, é essencial avaliar as suas necessidades em termos de infra-estruturas e fazer aquisições adequadas para apoiar a telemedicina e a ciber saúde, por forma a permitir-lhes beneficiar de hospitais com serviços especializados.

38. **Melhorar o uso da saúde digital:** Tirando partido dos esforços em curso para elaborar políticas estratégicas de ciber saúde, e em colaboração com os ministérios responsáveis pelas pastas das TIC, o sector da saúde irá investir no desenvolvimento da infra-estrutura e das capacidades das unidades de saúde em utilizar a ciber saúde e a saúde móvel para facilitar a prestação de serviços de saúde e a monitorização e relatórios sobre os serviços.

39. **Capacitar as famílias e as comunidades:** Devem ser envidados todos os esforços possíveis para fornecer a informação sanitária a diferentes grupos populacionais através de formulários, canais e locais adequados, incluindo pelas redes sociais e as plataformas dos observatórios nacionais de saúde. Será importante sensibilizar as famílias e as comunidades sobre os seus direitos à saúde e o seu papel fundamental na saúde e bem-estar, e criar mecanismos que permitam às comunidades exigirem a prestação de contas em termos dos serviços prestados e dos recursos usados.

40. **Criar e reforçar as comissões de saúde da comunidade:** Deverá ser definido o máximo possível de comissões de saúde da comunidade e a vários níveis de estruturas, representando os principais grupos populacionais da mesma, e envolvendo organizações não-governamentais e as organizações de base comunitária. As comissões de saúde da comunidade deverão receber orientação adequada para que a relação entre as comissões de saúde da comunidade e a gestão das unidades de saúde fique esclarecida. As equipas das unidades de saúde deverão aproximar-se das estruturas comunitárias e envolvê-las no planeamento e na gestão dos serviços de saúde. Nos lugares onde existem programas de trabalhadores comunitários de saúde (TCS), estes deverão ser avaliados, e serão identificadas formas para torná-los mais numerosos e melhorar a sua eficácia.

41. A **OMS** deverá desenvolver e rever as ferramentas, orientações e manuais para reforçar os sistemas de saúde ao nível distrital, monitorizar o desempenho dos SSD e definir e implementar os pacotes de serviços essenciais de saúde. Isto será feito em linha com o Quadro para o Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde com vista à Cobertura Universal de Saúde no Contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável na Região Africana. Além disso, a OMS, em ligação com outros parceiros do desenvolvimento, irá prestar apoio técnico para desenvolver as capacidades de liderança e gestão dos SSD, reforçar as parcerias para o apoio aos países, incluindo a cooperação Sul-Sul, e apoiar os Estados-Membros na mobilização de recursos para aumentar a capacidade dos sistemas de saúde ao nível distrital de prestar os serviços essenciais de saúde.
42. **Outros parceiros do desenvolvimento e de implementação** deverão apoiar conjuntamente a implementação dos planos nacionais para o reforço da prestação dos serviços essenciais de saúde através de um SSD funcional. As organizações da sociedade civil deverão reforçar o envolvimento das comunidades e desenvolver as suas capacidades de co-gestão e apropriação dos programas de saúde, assim como aumentar as exigências de prestação de contas pela comunidade. A contribuição do sector privado deverá ser aumentada através do desenvolvimento de parcerias público-privadas.
43. A Directora Regional deverá prestar contas a cada três anos ao Comité Regional sobre os progressos na implementação do Quadro.
44. Convida-se o Comité Regional a adoptar as medidas propostas neste Quadro.

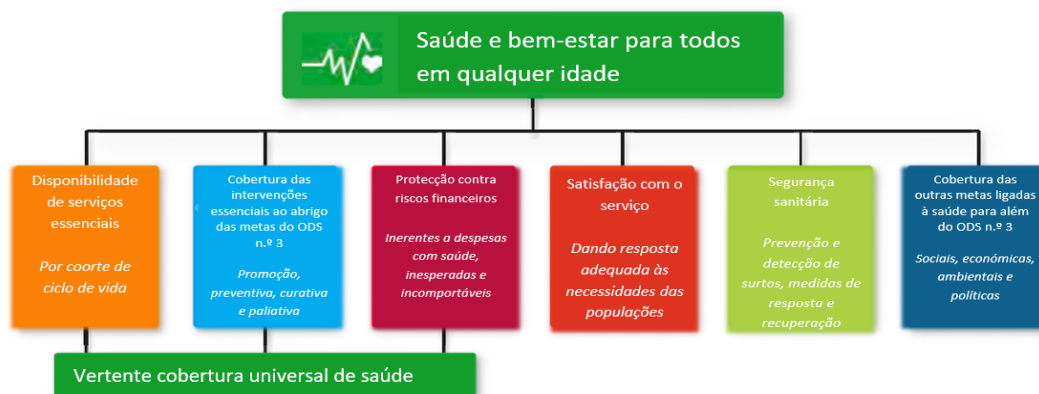
Anexo: Excerto do capítulo sobre o índice de cobertura universal de saúde do relatório sobre o Estado da Saúde na Região Africana da OMS

(Secção 2 da Parte II do relatório: Estado dos resultados obtidos na saúde e relacionados com a saúde na Região Africana)

Benefícios da obtenção de resultados eficazes em matéria de saúde e relacionados com a saúde no contexto dos ODS

O estado da saúde e do bem-estar é uma função dos níveis de consecução das dimensões relacionadas com os resultados – os serviços de saúde e relacionados com a saúde desejados pela população. Para um desenvolvimento sustentável, estes serviços devem ser suficientemente amplos para abrangerem todas as populações, independentemente das suas necessidades e localizações. As seis dimensões dos resultados da saúde fornecem esta amplitude, independentemente de onde se encontrar uma população dentro da Região.

Figura: Dimensões dos serviços de saúde e relacionados com a saúde na Região Africana



Existe o reconhecimento de que a CUS é uma meta central dentro do ODS 3. A CUS tem como base a universalidade e a sustentabilidade e é apoiada pelos princípios da eficiência, eficácia e equidade, abrangendo as contribuições e os processos dos sistemas de saúde (interacções entre os vários elementos constitutivos) e os resultados do desempenho dos sistemas de saúde, tal como medidos através do acesso, qualidade, procura e resiliência dos serviços essenciais. É alcançada em parceria com a segurança sanitária, satisfação do serviço e outras intervenções dos ODS (não relacionadas com a saúde):

- A universalidade garante que todas as pessoas são visadas sem qualquer discriminação - não deixando ninguém para trás. Indica uma transferência da prestação de serviços prioritários às populações vulneráveis para a prestação de serviços essenciais a todas as pessoas, em todas as idades.
- A sustentabilidade, por outro lado, garante que os ganhos possam ser mantidos pelo menos durante um ciclo de planeamento estratégico (3 a 7 anos). Indica uma mudança de resultados com base em projectos a curto prazo para ganhos em termos de desenvolvimento a longo prazo.

Para compreender o estado actual dos serviços de saúde e relacionados com a saúde na Região Africana, os resultados de cada uma das 6 dimensões que constituem os serviços de saúde e os relacionados com a saúde estão consolidados. O valor do resultado consolidado para toda a Região foi de 0,48. Tendo em conta que um resultado de 1 representa o melhor resultado possível de alcançar, este número indica que a Região é apenas capaz de prestar 48% dos serviços de saúde e relacionados com a saúde que potencialmente poderiam ser prestados à sua população.