



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC60/7
18 de Junho de 2010

ORIGINAL: INGLÊS

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.5 da ordem do dia provisória

**REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE A NÍVEL DISTRITAL E APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO
POR PARTE DAS COMUNIDADES**

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES	1-8
PROBLEMAS E DESAFIOS	9-18
ACÇÕES PROPOSTAS	19-30

ANTECEDENTES

1. A Organização Mundial da Saúde define um sistema de saúde como o conjunto das organizações, pessoas e actividades cujo primeiro intento é promover, recuperar e manter a saúde.¹ Compõem-no seis blocos interligados: prestação de serviços; recursos humanos para a saúde; informação; produtos médicos, vacinas e tecnologias; financiamento; e liderança ou governação. A melhoria na prestação de serviços implica simultaneamente melhorias nos outros blocos constituintes em todos os níveis de implementação, incluindo o distrito.
2. Define-se um distrito como “uma área administrativa claramente definida, abrangendo uma população face à qual uma qualquer forma de governo ou administração local assume muitas das responsabilidades dos departamentos do governo central”.² Ele traduz as aspirações, políticas, orientações estratégicas e roteiros do governo central em actividades a nível distrital e estabelece uma parceria mutuamente responsável entre as populações e o governo. Um Distrito de Saúde é a parte do governo local que assume as responsabilidades do ministério da saúde central. É suficientemente amplo para justificar o investimento e os custos de gestão e pequeno o bastante para conhecer os factores demográficos e socioeconómicos pertinentes. Equivale, normalmente, ao distrito administrativo e serve uma população de aproximadamente 50 000 a 300 000 pessoas.³
3. A eficácia da organização e administração na prestação de serviços a nível de distrito depende, entre outros factores, da competência e do número de membros da equipa de administração distrital da saúde, bem como das equipas relevantes de gestão nos centros e postos de saúde e nas comunidades. Estas equipas coordenam o planeamento, implementação, monitorização e avaliação da prestação dos serviços de saúde.
4. A Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África,⁴ a Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária,⁵ o Relatório da Saúde no Mundo de 2008 sobre Cuidados de Saúde Primários⁶ e outros documentos correlacionados⁷ definem os princípios e as abordagens ao reforço dos sistemas de saúde, destacando o papel das comunidades e dos parceiros no desenvolvimento sanitário.
5. As comunidades são definidas como “grupos sociais de dimensão variável, cujos membros residem numa localidade específica, partilhando um governo e tendo, muitas vezes, uma herança cultural e histórica comum”.⁸ Muitos países criaram estruturas comunitárias que colaboram com os profissionais da saúde, em especial no primeiro nível do sistema formal de saúde. Em alguns

¹ WHO, Everybody-s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO-s framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.

² Escritório Regional Africano da OMS. Apoio operacional aos Cuidados de Saúde Primários: papel do nível distrital na aceleração da saúde para todos no ano 2000 para todos os africanos. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 1987 (AFR/RC37/TD/1, AFR/HFA/2).

³ Quando os distritos tiverem um número bastante superior de habitantes, deverão ser divididos..George Helmit et al. The District Health Systems – Experiences and prospects in Africa, Manual for Public Health Practitioners, Deutche Gesellschaft für, Postfach 5180.65726 Eschborn, Germany, 2004, page 32.

⁴ OMS, Declaração de Ouagadougou sobre os Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Alcançar Melhor Saúde em África no novo Milénio. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2008.

⁵ OMS, Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária na Região Africana, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2006.

⁶ OMS, Relatório da Saúde no Mundo de 2008–Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008.

⁷ Por exemplo: OMS, Quadro de implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: alcançar melhor saúde para a África no novo milénio. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano., 2009 (AFR/RC59/4).

⁸ www.sustainablemeasures.com/Training/.../Cmmunty.html, accessed on 18/02/2010. Copyright © 1998 Maureen Hart. All rights reserved.

países, essas estruturas comunitárias definem o modo como os serviços de saúde se organizam e como funcionam. Quando as comunidades participam mais intimamente, as taxas de recurso aos serviços são mais elevadas.⁹ Um exemplo de sucesso é o tratamento com ivermectina orientado para a comunidade, do Programa de Luta contra a Oncocercose.

6. A Região Africana conheceu progressos quanto à promoção e ao reforço da participação comunitária no desenvolvimento da saúde.¹⁰ No entanto, a interface entre as comunidades e o sistema formal de prestação de cuidados de saúde ainda é débil. É necessário promover e proteger a apropriação e a participação das comunidades, para que estas beneficiem dos progressos das tecnologias médicas a nível mundial. As comunidades devem participar na garantia de cobertura universal, na abrangência, na continuidade e na colocação das pessoas no centro dos serviços de saúde, para que os produtos da saúde possam melhorar, nomeadamente quanto aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

7. O avanço na consecução dos ODM tem sido mais lento do que o esperado. Só seis países (Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Malawi, Maurícias e Seychelles) estão em vias de alcançar o 4.º ODM.¹¹ Embora a redução da taxa média anual necessária para atingir o 5.º ODM na Região fosse de, pelo menos, 5,5%, ela foi de apenas 0,1% por ano, entre 1990 e 2005.¹² Está também a aumentar a prevalência de doenças não transmissíveis, como cancro, doenças cardiovasculares e acidentes rodoviários.¹³

8. Este documento põe em destaque problemas e desafios e propõe medidas para melhorar a prestação dos serviços de saúde e a participação das comunidades.

PROBLEMAS E DESAFIOS

9. Os distritos são os eixos de coordenação e gestão do planeamento, implementação, monitorização e avaliação das políticas do governo central. Para isso, precisam de uma equipa distrital de administração da saúde com competências de liderança e governação. Contudo, em muitos países da Região Africana há escassez de equipas competentes a nível distrital. Não existem abordagens formais para desenvolver as competências de liderança e governação ou para as tornar mais adequadas, em termos qualitativos e quantitativos.

10. Na Região Africana, a cobertura das intervenções essenciais em saúde não é equitativa nem acessível a todos. São menos de 50% as pessoas com doenças comuns que obtêm o tratamento adequado. Por exemplo, só 38% dos necessitados em curar uma pneumonia ou diarreia são efectivamente tratados. Só 40% dos pacientes com paludismo são tratados e, em média, só 3% usam a terapia de associação à base de artemisinina, com taxas que oscilam entre <1% e 13%.¹⁴ Apenas 29,5% das mães praticam exclusivamente o aleitamento materno dos bebés nos primeiros seis meses de vida.¹⁵ Além disso, a afectação dos recursos favorece os serviços curativos de custo elevado, negligenciando a prevenção e promoção primárias da saúde, uma opção que poderia

⁹ OMS, Saúde Comunitária na Região Africana. In: Actas da Conferência Internacional Conjunta ONUSIDA, UNICEF, Banco Mundial e OMS sobre Saúde Comunitária, Adis Abeba, 20–22 de Novembro de 2006, página viii.

¹⁰ OMS, Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária na Região Africana, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2006.

¹¹ OMS, Para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: relatório de progressos e perspectivas futuras. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2009 (AFR/RC59/3).

¹² UN. The Millinnium Development Goals report. New York, United Nations, 2007.

¹³ WHO. The World Health Report 2008–Primary Health Care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008, page 8.

¹⁴ UNICEF. Countdown to 2015: tracking progress in maternal, newborn and child survival: the 2008 report. New York, United Nations Children's Fund, 2008.

¹⁵ WHO, world health statistics 2009. Geneva, World Health Organization, 2009.

evitar até 70% do fardo das doenças.¹⁶ Isso deve-se à ineficácia dos mecanismos de definição de prioridades, à má integração e à falta de harmonização e alinhamento face a um único plano estratégico nacional para a saúde.

11. Espera-se que os serviços de saúde estejam centrados nas pessoas, ou seja: que assentem holisticamente nas carências de saúde das populações, incluindo as preocupações de natureza física, emocional e social para além das doenças categorizadas. Devem ser abrangentes e incluir a promoção e prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a referência, os cuidados a longo prazo e os serviços sociais de saúde. Devem também ser continuados, proporcionando um tratamento coerente até que o problema fique resolvido ou o factor de risco desapareça¹⁷. Em muitos distritos, os serviços ainda não são centrados nas pessoas, nem são continuados, nem abrangentes. O conceito dos Cuidados de Saúde Primários não está institucionalizado como um eixo que coordene os serviços de saúde em comunidades bem definidas, no âmbito do distrito. Além disso, não há uma descentralização dos recursos, financeiros ou outros, para serem administrados por uma equipa de cuidados primários neste nível.

12. A organização da prestação de serviços exige esforços orientados e coordenados. Em muitos países da Região, os serviços de saúde, incluindo os sistemas de referência, não estão organizados de modo a garantir a continuidade dos cuidados, a utilização eficiente dos recursos e a redução das visitas ao hospital. Não há a necessária coordenação na continuidade dos cuidados referentes aos testes e aconselhamento do VIH; à prevenção da sua transmissão vertical; ao necessário trabalho adicional de laboratório nem ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais. Esta coordenação deficiente dificulta a melhoria da qualidade e da quantidade de uma supervisão integrada, mesmo entre os serviços que estão relacionados entre si.

13. Cerca de 63% dos países que se debatem com a crise mundial de recursos humanos para a saúde (RHS) encontram-se na Região Africana.¹⁸ A Região vê-se a braços com 24% do fardo total das doenças no mundo, dispendo somente de 2,3% do total dos recursos humanos mundiais para a saúde.¹⁹ A intensificação na produção dos RHS é inadequada e não há incentivos suficientes para recrutar, manter, desenvolver e colocar de modo adequado e equitativo o pessoal, para reduzir o impacto da crise mundial de profissionais da saúde.

14. Para se conseguir alcançar a cobertura universal dos serviços essenciais de saúde, o financiamento da saúde deve assumir a forma de pré-pagamento para eliminar as barreiras ao acesso, a protecção social terá de ser organizada, as desigualdades devem ser denunciadas e será preciso chegar às populações ainda não abrangidas.²⁰ Muitos países ainda não institucionalizaram sistemas sólidos de pré-pagamento que eliminem o empobrecimento das famílias por força das despesas dos utentes nos locais de prestação de serviços.

15. A infra-estrutura sanitária, os medicamentos e as tecnologias da saúde são vitais para que se prestem serviços de saúde abrangentes e de boa qualidade. O desafio está em criar e gerir eficazmente um sistema eficiente de aprovisionamento; numa distribuição equitativa; e no uso

¹⁶ WHO, The world health report 2008 – Primary Health Health Care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008, page 53.

¹⁷ WHO, The world health report 2008 – Primary Health Health Care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008, pages 46, 48 and 49.

¹⁸ WHO, World Health Report 2006–Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006, page 12.

¹⁹ WHO, World Health Report 2006–Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006, page 8.

²⁰ WHO, The world health report 2008 – Primary Health Health Care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008, page 25.

racional da infra-estrutura sanitária, dos medicamentos e de outras tecnologias da saúde, para melhorar a qualidade dos serviços prestados no distrito e nos níveis inferiores.

16. A nível de distrito, é muito importante avaliar os progressos na via dos ODM e de outras metas nacionais e internacionais. Actualmente, as avaliações desses objectivos são sobretudo retrospectivas, surgindo demasiado tarde para que os distritos façam as correcções necessárias à sua melhoria. Por exemplo, a contagem descendente para o relatório de 2008 sobre a consecução dos ODM até 2015 assentou nos dados da mortalidade materna de 2005.²¹ Os mecanismos para reforçar a gestão dos sistemas distritais de informação sanitária são inadequados, pelo que os distritos não conseguem detectar, no primeiro mês da implementação, o nível dos progressos na via dos objectivos anuais ou de mais longo prazo. Além disso, a recolha e a análise dos dados não permitem uma tomada de decisões oportuna e eficaz.

17. O sucesso na prestação de serviços e a melhoria dos sistemas distritais de saúde medem-se pelo nível de saúde das comunidades do distrito. As comunidades assumem um duplo papel: garantir que o governo local responda às suas necessidades na saúde e contribuir eficazmente para o desenvolvimento sanitário, vivendo vidas responsáveis que privilegiem os valores da família na promoção da saúde e na prevenção da doença. Muitas comunidades não têm ambientes favoráveis; outras são, sobretudo, parceiros passivos no desenvolvimento sanitário, porque não estão integradas nas agendas nacionais para o desenvolvimento.

18. Os distritos funcionam bem quando são completamente descentralizados no formato da desconcentração. No entanto, em muitos países, os distritos não têm uma autonomia financeira total nem a responsabilidade pelo recrutamento e desenvolvimento do pessoal. Por outro lado, as condições técnicas, políticas e administrativas necessárias não existem ao nível para o qual a autoridade deve ser transferida.²² Consequentemente, os benefícios da descentralização ao nível distrital, tais como: planeamento e a organização participativa; comunicação efectiva com as comunidades; gestão e coordenação eficaz dos programas e serviços a todos os níveis; colaboração intersectorial adequada, sobretudo com os sectores da agricultura, educação, abastecimento de água e eliminação de resíduos; e a melhoria dos serviços, em termos de pertinência, qualidade, disponibilidade e aceitação por parte dos utentes, é mínimo.

ACÇÕES PROPOSTAS

19. Todas as medidas propostas se destinam a ser implementadas a nível distrital, sob a orientação e o apoio do nível central e do envolvimento da assembleia local. Cada comunidade deve assumir-se como um parceiro sólido na concepção, planeamento, implementação, monitorização e avaliação destas medidas.

20. **Reforçar a liderança das equipas distritais de administração da saúde:** É necessário garantir que os sistemas distritais de saúde tenham equipas de administração tecnicamente competentes, que assumam a governação a nível da direcção de saúde do distrito, dos hospitais distritais, dos centros e postos de saúde e das comunidades. As equipas distritais de administração da saúde devem proporcionar uma liderança de alto nível na prestação de serviços, no financiamento da saúde, na informação, nas tecnologias da saúde e na gestão dos recursos humanos. Estas equipas devem ser aperfeiçoadas graças a programas formais e sustentáveis de reforço de capacidades.

²¹ UNICEF. Countdown to 2015: tracking progress in maternal, newborn and child survival: the 2008 report. New York, United Nations Children's Fund, 2008..

²² George Helmit et al. The District Health Systems – Experiences and prospects in Africa, Manual for Public Health Practitioners, Deutsche Gesellschaft für, Postfach 5180.65726 Eschborn, Germany, 2004, page 43

21. **Implementar um pacote abrangente de serviços essenciais de saúde:** O pacote abrangente de serviços de saúde deve ter por base as carências das populações, os obstáculos ao alargamento equitativo do acesso aos serviços e os recursos disponíveis. Deve ser entendido como um pacote mínimo, a proporcionar num dado período de tempo. É necessário ter em conta as capacidades complementares dos vários níveis de cuidados e o indispensável equilíbrio entre os serviços de promoção, de prevenção, curativos e de reabilitação.

22. **Melhorar a organização e gestão da prestação de serviços de saúde:** Para garantir a oferta, qualidade e continuidade dos cuidados e para reduzir a frequência das idas dos pacientes ao hospital, são necessários modelos de prestação de serviços que promovam sistemas eficazes de referência e de integração dos serviços, como a Atenção Integrada às Doenças da Infância. Há que melhorar a qualidade e a quantidade da supervisão integrada, para garantir uma continuidade de cuidados de saúde de boa qualidade.

23. **Institucionalizar o conceito dos cuidados primários como eixo coordenador:** Serviços de saúde centrados nas pessoas, abrangentes e contínuos, exigem um eixo coordenador próximo de uma comunidade bem definida. Esse eixo será uma equipa de cuidados primários, responsável por todas as carências da saúde da comunidade, incluindo a referência. A descentralização dos necessários recursos financeiros e outros para este eixo é uma exigência prévia à sua responsabilização face aos resultados e a uma afectação e uso eficientes dos recursos.²³

24. **Melhorar a adequação dos RHS e introduzir uma abordagem de equipa na avaliação do seu desempenho:** É necessário investir na produção, recrutamento e retenção dos RHS e recorrer a modelos para distribuir o pessoal equitativamente pelas unidades de saúde públicas, privadas e não governamentais, tendo em conta as necessidades dos serviços, ao mesmo tempo que se implementa um pacote de incentivos sobretudo para os profissionais de saúde das zonas rurais. Uma abordagem de equipa na avaliação do desempenho deve ser uma das armas para motivar o pessoal e melhorar a sua competência, capacidade de resposta e produtividade. Deve-se promover a concepção e implementação de algoritmos, aconselhamento e supervisão dos RHS, no âmbito de um sólido quadro regulamentador, que assegure a adesão às normas e padrões dos RHS, a boa qualidade e a continuidade dos serviços.

25. **Criar mecanismos de pré-pagamento, como o seguro social de saúde e o financiamento dos cuidados de saúde a partir de impostos:** Para garantir a cobertura universal, é preciso eliminar o empobrecimento resultante das despesas pessoais catastróficas no local dos serviços, institucionalizando sistemas de pré-pagamento. Os fundos serão agregados independentemente das suas origens. Devem ser reforçadas as capacidades de gestão financeira do pessoal, para promover a transparência, a responsabilidade e o rigor.

26. **Reforçar os processos de aprovisionamento, suprimento e distribuição e minimizar o desperdício de produtos:** Os países deverão ter processos transparentes de aprovisionamento, para fazer render o dinheiro. É necessário institucionalizar inventários periódicos e melhorar os processos de gestão dos suprimentos, para assegurar a regular disponibilidade de produtos médicos essenciais bem como o uso racional dos medicamentos essenciais, consumíveis, equipamentos, e investir no desenvolvimento manutenção das infra-estruturas.

27. **Clarificar a responsabilidade do distrito na consecução dos objectivos nacionais, internacionais e de desenvolvimento do milénio:** As metas nacionais anuais devem ser mensalmente reflectidas em cada distrito e comunidade, tendo em conta a população envolvida. Essa medida é especialmente útil para avaliar os progressos no primeiro mês da implementação e

²³ WHO, The world health report 2008 – Primary Health Health Care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008, page 55.

tomar as medidas correctivas em devido tempo. Além disso, a recolha e análise dos dados devem ser melhoradas, para institucionalizar a tomada de decisões a partir de bases factuais.

28. Capacitar as comunidades (incluindo mulheres, idosos, crianças e outros grupos desfavorecidos) para que tomem as medidas adequadas à promoção da própria saúde:

Como parceiros de corpo inteiro na saúde, as comunidades devem ser empenhadas no planeamento, organização, gestão e implementação e monitorização da prestação dos serviços de saúde. Devem advogar, junto do governo, em favor de melhores serviços de saúde, incluindo a informação sanitária, de mais competências e de outros recursos financeiros e de outra natureza, para facilitar a sua participação. As intervenções de base comunitária devem incidir nos níveis individual e familiar.

29. Criar um ambiente facilitador para a desconcentração das responsabilidades do sector da saúde para os distritos:

A assembleia local e os “distritos de saúde” deverão dispor das capacidades adequadas para assegurar uma transferência sem precalços de responsabilidades, do nível central para os distritos, para que estes possam alcançar uma total autonomia financeira e assumir a responsabilidade pelo recrutamento e desenvolvimento do pessoal. As condições políticas e administrativas devem ser reforçadas para garantir uma institucionalização efectiva do planeamento e organização participativa; comunicação eficaz com as comunidades; gestão e coordenação eficaz dos programas, serviços e parceiros, incluindo o sector privado, a todos os níveis; e a coordenação da colaboração intersectorial, sobretudo com os sectores da agricultura, educação, abastecimento de água e eliminação de resíduos.

30. Convida-se o Comité Regional a analisar este documento e a aprovar as acções propostas.