

PROGRAMAS DE TRABALHADORES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: EVIDÊNCIAS E OPÇÕES

DOCUMENTO INFORMATIVO DE POLÍTICAS



Organizaçã
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**

PROGRAMAS DE TRABALHADORES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: EVIDÊNCIAS E OPÇÕES – DOCUMENTO INFORMATIVO DE POLÍTICAS

ISBN: 978-929034111-6

© Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2017

Reservados alguns direitos. Este trabalho está disponível sobre licença da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Nos termos desta licença, este trabalho pode ser copiado, redistribuído e adaptado para fins não comerciais, desde que seja adequadamente citado, como indicado em baixo. Em qualquer utilização deste trabalho, não deverá haver qualquer sugestão de que a OMS apoia quaisquer organizações, produtos ou serviços específicos. A utilização do logótipo da OMS não é permitida. Se o trabalho for adaptado, será preciso licenciar o novo trabalho sob a mesma licença ou equivalente da Creative Commons. Se for criada uma tradução deste trabalho, deverá ser acrescentada a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou fidelidade desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e legítima”.

Qualquer mediação relativa à resolução de litígios que possam surgir nos termos da licença será realizada ao abrigo das regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Sugestão de citação: Programas de Trabalhadores Comunitários de Saúde na Região Africana da OMS: Evidências e Opções – Documento Informativo de Políticas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados de Catalogação na Publicação (CIP). Os dados CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para comprar publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos de uso comercial, e dúvidas sobre direitos e licenciamento, consulte <http://www.who.int/about/licensing>.

Material de terceiros. Para a reutilização de material deste trabalho pertencente a terceiros, como quadros, figuras e imagens, cabe ao utilizador determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter a permissão do proprietário dos direitos autorais. O risco de incorrer em pedidos de indemnização por violação dos direitos de autor relativos a qualquer componente que seja propriedade de terceiros cabe exclusivamente ao utilizador.

Isenções gerais de responsabilidade. As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte da OMS, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela OMS, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A OMS tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a OMS ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso em República do Congo

ÍNDICE



SIGLAS E ACRÓNIMOS	iv
.....	
AGRADECIMENTOS	v
.....	
INTRODUÇÃO	1
.....	
ANTECEDENTES	3
.....	
PRINCIPAIS MENSAGENS	5
.....	
RESUMO DAS EVIDÊNCIAS E AS IMPLICAÇÕES DOS PROGRAMAS DE TCS	7
.....	
Eficiência e relação custo-eficácia	7
.....	
Importância do contexto	8
.....	
Concepção dos programas	9
.....	
Tipologia dos TCS	10
.....	
OPÇÕES EM MATÉRIA DE POLÍTICAS	13
.....	
Pays dont les systèmes de santé sont affaiblis	13
.....	
Países a fazer progressos no reforço dos seus sistemas de saúde	16
.....	
Países economicamente estáveis e a fazer bons progressos para alcançar a CUS	18
.....	
CONCLUSÃO	21
.....	
REFERÊNCIAS	23
.....	
DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL	25



SIGLAS E ACRÓNIMOS

CSP Cuidados de Saúde Primários

CUS Cobertura Universal de Saúde

DVE Doença por Vírus Ébola

ODM Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

RHS Recursos Humanos para a Saúde

TCS Trabalhadores Comunitários de Saúde

AGRADECIMENTOS

Este documento informativo de políticas resulta dos esforços de colaboração entre os consultores Dr. Nana Twum Danso e o Professor Uta Lehmann, que iniciaram o seu trabalho com um documento técnico sobre esta temática; Jennifer Nyoni e o Dr. Adam Ahmat, que trabalharam directamente com os consultores em todo o processo; e o Dr. Prosper Tumusiime e o Dr.

Delanyo Dovlo, que deram feedback técnico essencial sobre os projectos de documentos que foram surgindo. O nosso agradecimento também à equipa da Unidade de Sistemas de Prestação de Serviços e aos demais colegas do Grupo Orgânico de Sistemas e Serviços de Saúde.





INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, têm-se assistido a um ressurgimento de programas de trabalhadores comunitários de saúde (TCS), e, presentemente, muitos países africanos orgulham-se de terem estes programas ao nível nacional e, em grande medida, ao nível subnacional (1).



O Terceiro Fórum Mundial sobre Recursos Humanos para a Saúde, de 2013, concluiu que os TCS e outros trabalhadores de saúde ao nível dos cuidados primários “desempenham um papel ímpar e que pode ser fundamental para acelerar os ODM e a consecução da CUS”, tendo lançado um apelo à sua integração nos sistemas nacionais de saúde. (2) O surto epidémico de doença por vírus Ébola (DVE) de 2014–2015 evidenciou o quão imperioso é garantir o funcionamento dos sistemas de saúde ao nível comunitário, tanto para sua resiliência quotidiana como para a preparação destinada e fazer face a situações de catástrofes.

Este documento informativo de políticas tem por finalidade informar os debates e as decisões na Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre políticas, estratégias e programas para aumentar o acesso aos serviços de cuidados de saúde primários (CSP) e realizar progressos no sentido da consecução da cobertura universal de saúde (CUS), alargando a implementação de programas dimensionáveis para TCS. Este documento informativo faz uma síntese das evidências existentes sobre os programas de TCS, com incidência na África Subsariana, e apresenta uma série de opções em termos de políticas ligadas aos diversos contextos para os países que procurem dimensionar

e melhorar a eficácia dos seus programas de TCS, sobretudo no que diz respeito às necessidades de países como a Guiné, a Libéria e a Serra Leoa, os mais afectados pelo surto de DVE de 2014–2015.

Para efeitos deste documento informativo de políticas utilizou-se uma definição geral de TCS. Os TCS são pessoas que “levam a cabo as funções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde e que recebem algum tipo de formação no contexto da intervenção, mas que não têm qualquer certificação ou formação superior formal, profissional ou paraprofissional [numa área relacionada com a saúde]” (3). A OMS afirma que os

TCS “devem ser membros da comunidade onde trabalham, ser seleccionados pela própria comunidade, ter de prestar contas à comunidade pelas actividades que realizam e ser apoiados pelo sistema de saúde, mas não fazer necessariamente parte da sua estrutura” (4). Para os efeitos deste documento informativo, desenvolveu-se uma definição provisória para um programa dimensionado de TCS, em que o termo se refere a um programa que é concebido para ser mais do que um projecto-piloto ou um projecto de demonstração, e tem o intuito de abranger uma população ou área geográfica de tamanho considerável, dependendo do contexto do país.



ANTECEDENTES

Desde a Declaração de Alma-Ata de 1978 que uma das prioridades para os sistemas de saúde em todo o mundo tem sido garantir que os CSP estejam disponíveis e sejam acessíveis a todas as pessoas. A Iniciativa de Bamako, aprovada uma década mais tarde pelos governos africanos, procurou desenvolver um mecanismo de financiamento sustentável para os CSP.

A maioria dos países da África Subariana não tem conseguido concretizar estes objectivos, em virtude das fragilidades consideráveis dos seus sistemas, incluindo o défice de recursos humanos para a saúde (RHS). Muitos países africanos dependem de pessoas leigas, frequentemente conhecidas como TCS, para ajudarem a prestar serviços de CSP às populações com acesso limitado ao sistema de saúde formal.

A força laboral de TCS desempenhou um papel importante no aumento do acesso aos serviços de saúde durante 2000–2015, a era dos Objectivos de Desenvolvimento



do Milénio (ODM), sobretudo no que toca aos objectivos relacionados com a saúde 4, 5 e 6, referentes a reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, paludismo e outras doenças, respectivamente. No entanto, no período 2016–2030, a era dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a ênfase relativamente ao objectivo n.º 3 relacionado com a saúde é ir além de programas específicos para determinadas doenças e aumentar o acesso e melhorar a qualidade dos cuidados, sobretudo no contexto da meta da CUS. O Objectivo 3 apela ainda aos governos para que “aumentem consideravelmente o financiamento e

o recrutamento, o desenvolvimento, a formação e a retenção da força laboral da saúde nos países em desenvolvimento, particularmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos estados insulares em desenvolvimento (meta 3c dos ODS) (5)". É, pois, tempo de explorar até que ponto os trabalhadores leigos e os TCS com formação limitada em saúde podem contribuir para aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, e ainda servir de elo entre a comunidade e o sistema formal de saúde, como parte da estratégia mundial para os RHS.

A atenção atribuída recentemente ao papel da comunidade e aos TCS no combate ao surto de DVE na África Ocidental em 2014–2015 suscitou a necessidade de se rever o seu papel na prestação de serviços de saúde.

Tem havido discussões envolvendo a OMS, os governos nacionais e os parceiros do desenvolvimento na Guiné, Libéria e Serra Leoa, os países afectados pela DVE, para se formalizar a formação, a colocação e a remuneração dos TCS como parte integrante da força laboral formal da saúde. Estas discussões têm tido lugar em diversos fóruns, durante os quais se procurou obter orientações do Escritório Regional da OMS para a África, nomeadamente a respeito de alguns planos de investimento dos países para a recuperação e a criação de sistemas de saúde resilientes na sequência do Ébola. Este documento informativo de políticas representa o aconselhamento do Escritório Regional para a África aos países que procurem instituir e/ou reforçar os seus programas de TCS em grande escala, por forma a aumentarem o acesso da população aos CSP.



PRINCIPAIS MENSAGENS



A literatura é unânime em reconhecer que os quadros e os programas de TCS têm um enorme potencial para reforçar os sistemas comunitários e de saúde na interface que está a ser agora cada vez

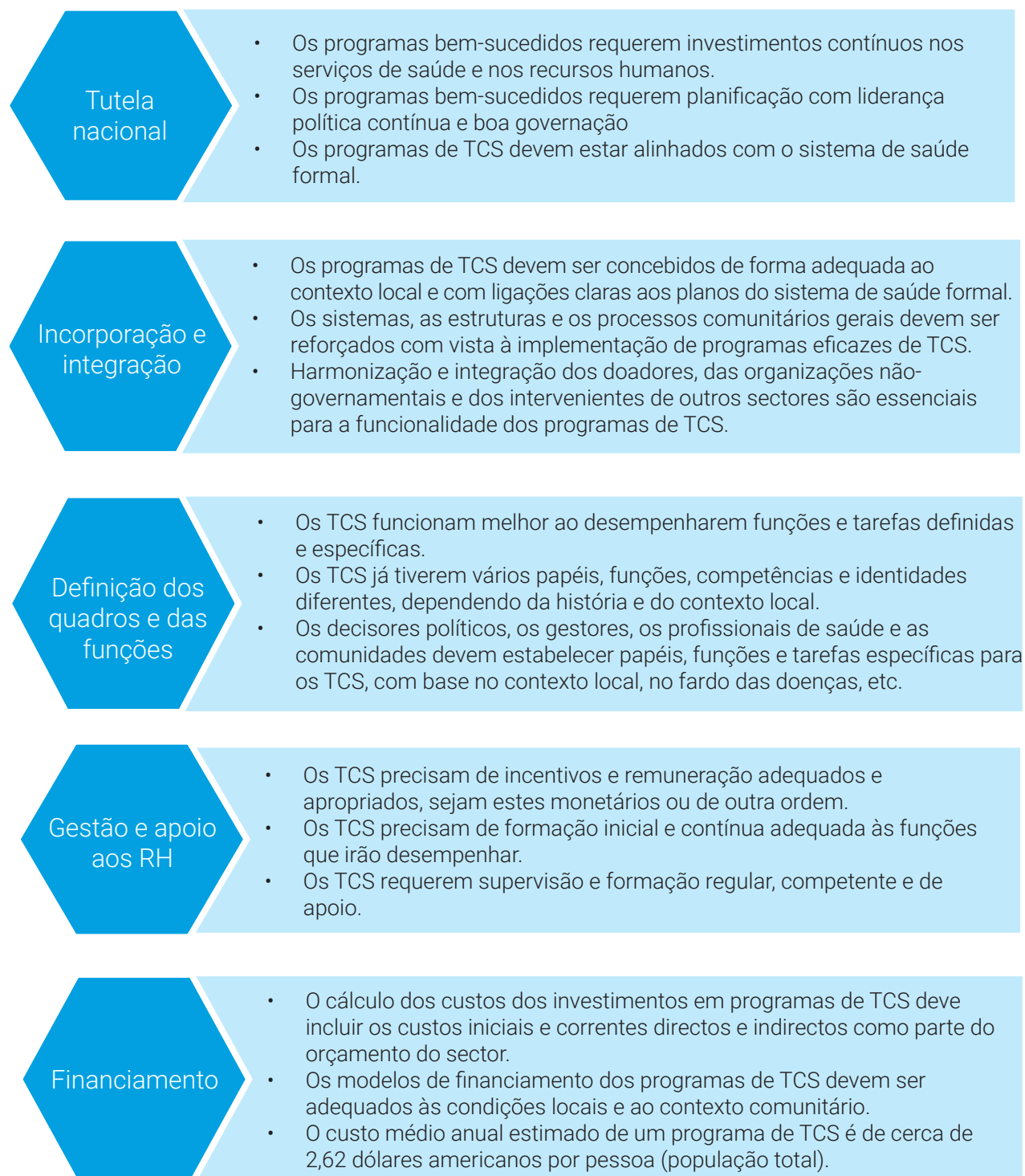
mais identificada como sistemas de saúde comunitária. Os elementos fundamentais de programas bem-sucedidos de TCS em larga escala são:

- (a) Incorporação, conectividade e integração com o sistema mais amplo de prestação de serviços de saúde, com a força laboral da saúde e com a governação comunitária, ao invés de funcionar como uma intervenção isolada ou de curto prazo (6,7,8,9);
- (b) Diferenciação de quadros e clarificação de papéis, para que o âmbito do trabalho e a responsabilização sejam claros, permitindo minimizar a confusão e gerir as expectativas dos sistemas de saúde formal e dos membros da comunidade (10,11,12);
- (c) Concepção sólida, baseada em factores contextuais locais e na gestão eficaz das pessoas (11, 12). Mais concretamente, as evidências confirmam que os programas de TCS fracassarão caso os TCS não recebam (8,9,12,13,14,15,16,17):
 - Formação inicial e contínua compatível com os papéis que desempenham;
 - Supervisão regular, competente e de apoio;
 - Incentivos e compensação adequados, sejam monetários e de outra natureza;
 - Perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira.
- (d) Monitorização, aprendizagem e adaptação permanentes, com base em dados rigorosos e oportunos locais para garantir que se adequam perfeitamente ao contexto local, porque a mesma medida não serve para todos os enquadramentos (4, 9).

PRINCIPAIS MENSAGENS

A figura em baixo resume as principais mensagens sobre o que se deve ter em conta quando se pretende dimensionar os programas de TCS.

Figura 1: Principais elementos de programas de TCS bem-sucedidos



RESUMO DAS EVIDÊNCIAS E AS IMPLICAÇÕES DOS PROGRAMAS DE TCS



EFICIÊNCIA E RELAÇÃO CUSTO-EFICÁCIA

(a) Existem fortes evidências de que, se forem adequadamente formados e apoiados, os TCS podem ser eficazes na prestação de serviços de prevenção, promoção e curativos limitados ao nível dos CSP, por exemplo, para casos de paludismo sem complicações, e melhorar os resultados na saúde em países de rendimento baixo e médio, incluindo na África Subsariana (3, 10,18,19). A maior partes destas evidências provém de ensaios de investigação e de projectos em pequena escala. Isto significa que a potencial eficácia dos programas de TCS em grande escala permanece uma questão empírica que requer mais investigação.

(b) A maioria dos estudos sobre a eficácia dos TCS compara o impacto dos TCS com o status quo, em que a prestação de serviços de saúde é limitada ou inexistente, ao invés de comparar com o impacto dos profissionais de saúde que recebem formação convencional (3). Embora os TCS não possam substituir os profissionais de saúde, ocupam um papel ímpar ao nível comunitário, representando, por isso, um enorme potencial para aumentar a adesão aos serviços de saúde e reforçar o encaminhamento dos doentes em comunidades com acesso

limitado aos cuidados de saúde devido a condicionantes variadas. Os programas de TCS em grande escala poderão preencher papéis adicionais claramente definidos em países com um número limitado de profissionais de saúde qualificados. Mas os países deverão, simultaneamente, aumentar os investimentos na produção e colocação de profissionais de RSH para suprir as necessidades ao nível dos CSP. Na Região Africana, a maioria dos países com rendimentos baixos necessitará de TCS como parte integrante e essencial da sua força laboral, ainda que o âmbito das suas funções e distribuição geográfica possa variar à medida que o país se desenvolve e são colocados mais RSH habilitados nas áreas mais necessitadas.

(c) As evidências quanto à relação custo-eficácia dos programas de TCS e dos seus mecanismos de financiamento sustentável são reduzidas (10, 18, 19). Por conseguinte, aconselha-se que os programas de TCS em grande escala monitorizem e avaliem cuidadosamente as suas actividades para gerar evidências sobre estes aspectos.

A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO

(a) Os tipos de TCS e o âmbito das funções que são solicitados a desempenhar variam grandemente, mesmo dentro do país, e depende da história política, da geografia, do estatuto socioeconómico, dos valores sociais e da evolução do sistema de saúde nas últimas décadas. Existem também variações no que toca ao recrutamento, desenvolvimento, distribuição e retenção de RHS qualificados, e na distribuição e tipo de unidades de saúde em regiões carenciadas dos países (19, 20). Por isso, a comparação dos programas de TCS no continente africano e as razões do seu êxito ou fracasso exige técnicas analíticas complexas que estão fora do âmbito deste documento informativo. Por conseguinte, cada país terá de analisar as suas necessidades com base no seu contexto particular.

(b) O desempenho dos TCS é influenciado por toda uma variedade de factores específicos ao contexto a ter em conta para se poder otimizar a sua eficácia (7, 9, 14, 18,19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). Os factores aos níveis individual e familiar, como a idade, o estado civil, apoio e altruísmo por parte do cônjuge podem ser potencialmente controlados para melhorar os critérios de selecção. Factores organizativos, como a formação, a supervisão, insumos e encontram-se normalmente sobre o controlo das instituições que gerem os TCS e podem, por isso, ser otimizados para melhorar o desempenho. No entanto, os factores ao nível comunitário, como a participação comunitária, a apropriação e o apoio aos programas de TCS são muito mais difíceis de controlar para os gestores de programas de TCS; porém, tal como sugerem as evidências, estes são os aspectos mais cruciais para o êxito dos programas (7,18,19,26).

O êxito das actividades de controlo do surto de DVE na Guiné, Libéria e Serra Leoa, em 2014–2015 resultante da resposta da comunidades ao surto demonstra inequivocamente este facto (27). As comunidades com sistemas de saúde funcionais, onde os TCS são um componente essencial, permitiram não apenas um melhor acesso para que os profissionais de saúde gerissem melhor a crise de DVE, mas também recuperaram mais depressa.



CONCEPÇÃO DO PROGRAMA

(a) As evidências são, em grande medida, inconclusivas no que toca aos factores que devem ser tidos em consideração na concepção de programas de TCS, e a maioria dos estudos não são estruturados para responder a esta questão. As evidências disponíveis apontam para a necessidade de haver programas de formação contínua para os TCS, para além da formação prestada na altura do recrutamento, dada a sua falta de formação formal na profissão da saúde (10,12,20). A literatura descreve uma grande variedade de estratégias, programas curriculares, modalidades e localizações (3,10,20), mas as evidências são inconclusivas quanto aos tipos de formação mais eficazes. Por isso, é importante aplicar conhecimentos e experiências específicas ao contexto para conceber e empreender acções de formação para TCS, com ênfase na aprendizagem longitudinal e com base na prática contextual.

(b) As evidências são inconclusivas também sobre se os TCS são mais eficazes caso recebam ou não remuneração financeira (12,19,26). Remuneração em espécie, por exemplo, itens de identificação visual, como camisolas e crachás, formação em competências valiosas e reconhecimento, respeito e apoio da comunidade revelaram ser factores facilitadores em alguns contextos (12,18,19), ao passo que noutros foram insuficientes para assegurar o bom desempenho. (6, 12).

Neste caso, foi necessário algum tipo de remuneração financeira para motivar os TCS a fazerem o seu trabalho e a reduzirem o risco de desgaste inesperado. É crucial que os decisores políticos levem em consideração tanto aos incentivos financeiros como os não financeiros para os TCS.

(c) Os custos de oportunidade associados a actividades de TCS e a subsidiarização do seu trabalho pelas suas famílias e a comunidade são consideráveis. Estes precisam de ser tidos em conta pelos decisores políticos e por quem vai implementar os programas, uma vez que os programas de TCS operam normalmente nas comunidades mais pobres e com taxas elevadas de desemprego. (19). Embora seja provável que os salários e as ajudas financeiras aos TCS e outros custos de implementação aumentem substancialmente os orçamentos para a saúde da maioria dos países da África Subsariana, a não prestação de cuidados de saúde nas comunidades mais pobres e historicamente mais carenciadas seria desastroso. Por isso, é preciso haver contrapartidas políticas que sejam adequadas ao contexto relativamente a aspectos como a remuneração e outros tipos de incentivos, entre outras, já que não existe apenas uma solução que funcione de igual modo para todos os países.

TIPOLOGIA DOS TCS

(a) Dada a enorme diversidade de quadros, papéis, funções, localizações e identidades dos TCS em todos os países e continentes, foram identificadas taxonomias que distinguem as diferentes categorias e apresentam tipologias para seleccionar estratégias adequadas para trabalhadores de saúde, como requisito prévio para a planificação de programas que sejam relevantes e apropriados às necessidades e contextos locais. A literatura propõe várias taxonomias e tipologias. Com base nas evidências analisadas, para efeitos deste documento informativo sobre políticas, propomos uma tipologia que incide no “quando” e no “quê” do trabalho que é atribuído aos TCS, e de que forma influencia a selecção de “quem” se tornar um TCS e “como” serão formados, supervisionados, remunerados e apoiados em geral, num ambiente específico ao contexto.

(b) Dentro dos factores “quem” e “como”, os requisitos mínimos e os requisitos ideais são diferenciados para apresentar um leque a partir do qual os decisores políticos e os planificadores de programas podem escolher com base na realidade específica ao contexto do financiamento da saúde e disponibilidade de RHS. A expectativa é que este género de tipologia sirva como um guia para os decisores políticos e os planificadores de programas que procurem dimensionar e melhorar a eficácia dos seus programas de TCS, e sirva ainda para lembrar as limitações deste quadro da força laboral de saúde, sobretudo quando os requisitos ideais não são cumpridos. Não se espera que esta tipologia seja prescritiva dada a grande variedade de contextos e de objectivos dentro e entre os países. Os conhecimentos específicos ao contexto dentro e entre os países devem ser aplicados usando esta tipologia.



Quadro 1: Tipologia dos TCS

O QUÊ (EXEMPLOS ILUSTRATIVOS)	QUEM E COMO		QUANDO
	REQUISITOS MÍNIMOS	REQUISITOS IDEAIS	
Distribuição à população em geral de medicamentos de quimioterapia preventiva para o controlo das doenças parasitárias	<ul style="list-style-type: none"> Baixo nível de alfabetização Orientação mínima por intervenção Supervisão mínima Requisitos mínimos de notificação Voluntário 	<ul style="list-style-type: none"> Nível moderado de alfabetização Formação inicial Formação por intervenção Supervisão moderada Requisitos mínimos de notificação Voluntário ou ajuda simbólica 	Esporádico, 1–2 vezes por ano, geralmente a tempo inteiro
Distribuição à população em geral de mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração para o controlo do vector do paludismo			
Administração da vacina oral da poliomielite a crianças com menos de cinco anos de idade, com vista à erradicação da poliomielite			
Mobilização comunitária para actividades de promoção da saúde e saneamento ambiental			
Vigilância comunitária e notificação dos nascimentos e óbitos	<ul style="list-style-type: none"> Baixo nível de alfabetização Formação inicial e formação de reciclagem esporádica exigidas Nível moderado de supervisão Requisitos mínimos de notificação Logística mínima para produtos de base e outros materiais Voluntário, ajudas regulares ou incentivos baseados no desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> Nível moderado de alfabetização Formação inicial aprofundada e formação contínua exigidas Nível elevado de supervisão Requisitos de notificação detalhada Logística regular para produtos de base e outros materiais Poderá ser necessário um subsídio de transporte para as visitas domiciliárias e apresentação de relatórios Ajudas regulares ou incentivos baseados no desempenho 	Mensalmente, geralmente a tempo parcial
Visitas domiciliárias a mulheres grávidas para incentivá-las a procurarem por cuidados qualificados pré-natais e durante o parto			
Visitas domiciliárias a mulheres após o parto e aos recém-nascidos para educação em saúde e rastreio de doenças			Semanalmente, geralmente a tempo parcial
Gestão integrada de doenças da infância comuns, tais como a pneumonia e a diarreia			
Terapêutica por observação directa para a tuberculose			Diariamente, poderá ser a tempo inteiro ou parcial, conforme necessário
Identificação de contactos para casos confirmados e suspeitos de DVE, ajuda com a investigação do surto, promoção da saúde, etc.			



OPÇÕES EM MATÉRIA DE POLÍTICAS

Perante as actuais evidências e a necessidade planeamento e implementação específicos ao contexto, propomos várias opções de políticas para os países na Região Africana da OMS que procurem dimensionar ou melhorar a eficácia dos seus programas de TCS. As opções políticas baseiam-se na nossa tipologia de TCS.



PAÍSES COM SISTEMAS DE SAÚDE FRAGILIZADOS

Estes países são afectados por emergências de saúde ou por conflitos sociais ou políticos, ou ainda encontram-se a braços com um influxo de refugiados ou de populações deslocadas. Tipicamente, têm uma densidade de enfermeiros e parteiras muito baixa, inferior a 5 por 10 000 habitantes, e densidades muito baixas de centros de saúde, inferiores a 5 por 100 000, e ainda menos de postos de saúde

ou dispensários devido a muitos anos de destruição e de subdesenvolvimento dos recursos da saúde, assim como à fuga de cérebros que sofreram em resultado de conflitos ou situações de crise. Regra geral, os seus sistemas de saúde são fracos da perspectiva de todos os seis componentes essenciais descritos pela OMS (29). A Guiné, a Libéria e a Serra Leoa, os três países mais afectados pelo surto

de DVE de 2014–2015, e o Sudão do Sul, onde a estabilidade política é actualmente um problema, fazem parte desta categoria. Nestes contextos, recomendam-se as seguintes estratégias:

Recursos humanos para a saúde

(a) Para os TCS com formação suficiente para a sua função definida, deverão ser usados programas de grande escala em regiões carenciadas do país, incidindo em serviços de promoção, prevenção e curativos de saúde explicitamente definidos, em consonância com os regulamentos locais. Em virtude do âmbito alargado e da grande frequência do trabalho que é esperado dos TCS neste contexto, que vai desde ocorrências diárias a semanais, os TCS precisarão de formação inicial e contínua, e de supervisão para garantir a qualidade das intervenções. Os TCS que deverão prestar cuidados curativos precisam de dispor de sistemas de aquisição e abastecimento funcionais para meios de diagnóstico, algoritmos de tratamento e medicamentos necessários, que lhes permita desempenhar as funções para as quais foram formados e para corresponder às expectativas das suas comunidades.

As exigências em termos de apresentação de relatórios para este grupo são também consideráveis, sobretudo para trabalho sensível a prazos, como a investigação e a localização de contactos para a DVE. Dado que nestes contextos as exigências nos TCS são muito elevadas, é pouco provável que aceitem trabalhar como voluntários. É preciso considerar dar-lhes algum tipo de remuneração financeira pelo tempo

despendido e suportar os custos com as suas deslocações.

(b) Para os profissionais de saúde, serão necessários investimentos de médio a longo prazo para o desenvolvimento, recrutamento e colocação equitativa de enfermeiros e parteiras que possam trabalhar junto das comunidades em regiões carenciadas dos países, para aumentar o acesso a RHS qualificados por parte de toda a população e para continuar a desenvolver os TCS como parte integrante da estratégia dos recursos humanos para a saúde. A transição de alguns quadros de TCS para profissionais de saúde com uma formação mais convencional e um âmbito mais alargado de funções, tais como os trabalhadores das extensões de saúde na Etiópia, deverá também ser considerada como uma estratégia para acelerar o acesso a RHS qualificados em todo o país. Deverá ainda ser dada uma especial atenção às políticas de retenção e à progressão na carreira dos recursos humanos de todos os quadros de pessoal, incluindo os TCS, de modo a se alcançarem os objectivos a longo prazo das políticas, nomeadamente o acesso universal aos CSP.

Infra-estrutura sanitária

Sempre que possível, os países em situação de pós-conflito ou na fase de desenvolvimento devem aumentar o número e alargar a distribuição dos centros de saúde, e investir na construção e no equipamento dos postos de saúde junto das comunidades nas regiões carenciadas do país, para reduzir as barreiras físicas no acesso aos cuidados de saúde.

Sistema de encaminhamento

Reforçar o sistema de encaminhamento de doentes aos níveis comunitário e dos CSP até ao nível dos cuidados terciários, para garantir o acesso às competências e tecnologias da saúde adequadas

por parte de toda a população. Será fundamental um programa eficaz e de grande escala de TCS para que o sistema de encaminhamento possa funcionar de forma regular e eficiente.



PAÍSES QUE ESTÃO A FAZER PROGRESSOS NO REFORÇO DOS SEUS SISTEMAS DE SAÚDE



Os países nesta categoria estão a trabalhar para melhorar o seu nível de CSP através do desenvolvimento da sua força laboral da saúde. Estes países têm normalmente uma baixa densidade de enfermeiros e parteiras, que oscila entre os 5 a 9,9 por 10 000 habitantes, baixa densidade de centros de saúde, entre 5 a 9,9 por 100 000 habitantes, e um número crescente de postos de saúde e dispensários nas regiões carenciadas. É provável também que estes países sejam estáveis do ponto de vista económico e político. Neste contexto, propõem-se as seguintes estratégias:

Recursos humanos para a saúde

(a) Para os TCS com formação suficiente para a sua função definida, deverão ser usados programas de grande escala em zonas carenciadas do país, principalmente para a prestação de serviços de promoção, prevenção e curativos de saúde. Com a natureza regular do seu trabalho, p. ex., semanal ou mensal, estes TCS vão também precisar de formação inicial e contínua aprofundada e de supervisão para garantir a qualidade das suas intervenções. Dada a

frequência e duração do seu trabalho, vão precisar igualmente de um nível razoável de remuneração financeira pelo seu tempo, dependendo dos factores específicos ao contexto, tais como as normas comunitárias e a taxa de desemprego.

(b) Para os profissionais de saúde, será preciso melhorar a motivação e os incentivos para aumentar o número e alargar a distribuição de enfermeiros, parteiras e outros quadros, como médicos assistentes e clínicos gerais que possam trabalhar junto das comunidades em zonas carenciadas do país, por forma a melhorar o acesso de toda a população a RHS qualificados. A transição de alguns quadros de TCS para profissionais de saúde com uma formação mais convencional e um âmbito mais alargado de funções, tais como os trabalhadores das extensões de saúde na Etiópia, deverá também ser considerada como uma estratégia para acelerar o acesso a RHS qualificados por todo o país. Deverá ainda ser dada uma especial atenção às políticas de retenção e à progressão na carreira dos recursos humanos para todos os quadros de pessoal, incluindo os TCS, de modo a se alcançarem os objectivos de longo prazo das políticas, nomeadamente o acesso universal aos CSP.

Infra-estrutura sanitária

(a) Investir na construção e equipamento de postos de saúde junto das comunidades em regiões carenciadas do país para diminuir as barreiras físicas no acesso aos cuidados de saúde.

(b) Reconhecendo que a construção e o equipamento de unidades de saúde em grande escala é muitas vezes um processo moroso e oneroso, recomendamos o desenvolvimento ou o reforço de programas de proximidade nos centros e clínicas de saúde nas comunidades carenciadas para melhorar o acesso por parte das populações a RHS qualificados. Neste contexto, os TCS têm um papel fundamental de ligação, apoio e encaminhamento entre o sistema de saúde convencional e a comunidade. Os serviços de proximidade podem também tornar o trabalho de supervisão, de gestão e de apoio aos TCS mais regular, eficaz e eficiente.

Sistema de encaminhamento

Reforçar o sistema de encaminhamento de doentes aos níveis comunitário e dos CSP, até ao nível dos cuidados terciários, para garantir o acesso às competências e tecnologias da saúde adequadas por parte de toda a população. Será fundamental um programa eficaz e de grande escala de TCS para que o sistema de encaminhamento possa funcionar de forma regular e eficiente.

PAÍSES ECONOMICAMENTE ESTÁVEIS QUE ESTÃO A FAZER BONS PROGRESSOS PARA A CONSECUÇÃO DA CUS



Normalmente, estes países têm uma densidade moderada de enfermeiros e parteiras, que varia entre 10 a 19,9 por 10 000 habitantes, densidade moderadas de centros de saúde, entre 10 e 19,9 por 100 000 habitantes, e uma rede de postos de saúde e de dispensários nas regiões carenciadas, fazendo com que uma percentagem moderada da população

viva a menos de 5 km de distância da unidade de saúde mais próxima. Estes países têm tido uma estabilidade e económica e financeira consistente, com taxas crescentes de educação e literacia formais. Neste contexto, recomendam-se as seguintes estratégias:

Recursos humanos para a saúde

(a) Para os TCS com formação suficiente para a sua função definida, deverão ser usados programas de grande escala em zonas carenciadas do país, principalmente para a promoção dos cuidados, a mobilização social e o envolvimento comunitário. Estes TCS precisarão de formação e supervisão específicas, dado que o âmbito do seu trabalho será esporádico, com uma frequência igual ou inferior a um mês. Portanto, é provável que prestem os seus serviços voluntariamente ou recebendo uma ajuda monetária simbólica, dependendo das normas locais.

(b) Relativamente aos profissionais de saúde, continuar a aumentar o número e a distribuição de enfermeiros e parteiras, e de outros quadros, como médicos-assistentes e clínicos que possam trabalhar junto das comunidades em regiões carenciadas do país, de modo a melhorar o acesso de toda a população a RHS qualificados. Deverá ainda ser dada uma especial atenção às políticas de retenção e à progressão na carreira dos recursos humanos para todos os quadros de pessoal, de modo a se alcançarem os objectivos a longo prazo das políticas, nomeadamente o acesso universal aos CSP.

Infra-estrutura sanitária

Continuar a aumentar o número de centros de saúde, postos de saúde e dispensários nas regiões carenciadas do país, para que quase toda a população num raio de 5 km tenha acesso a uma unidade de saúde em bom funcionamento, o que indicaria progressos significativos no sentido da consecução dos CSP universais.

Sistema de encaminhamento

Reforçar o sistema de encaminhamento nos níveis comunitário e dos CSP, e até ao nível dos cuidados terciários, para garantir o acesso de toda a população a competências e tecnologias adequadas de saúde. Neste contexto, também os TCS estarão bem posicionados para desempenhar um papel essencial no encaminhamento dos doentes do nível comunitário para os nível dos CSP.



CONCLUSÃO

As análises das publicações, os estudos de casos empíricos, os manuais de referência e os relatórios extensos são unânimes em afirmar que os quadros e os programas de TCS representam um enorme potencial para o reforço da saúde e dos sistemas comunitários na interface que está a ser cada vez mais identificada como sistemas comunitários de saúde (30).



A história demonstrou que os programas de TCS são difíceis de conceber e implementar, havendo uma necessidade de se conseguir equilibrar cuidadosamente o apoio e a orientação do nível central e a capacidade de adaptação aos contextos e realidades locais. Os programas de TCS são insustentáveis se forem considerados como uma solução barata ou de curto prazo para reforçar sistemas de saúde que não funcionam. O surto epidémico de Ébola de 2014-2015 mostrou que as comunidades

com sistemas comunitários de saúde funcionais, dos quais os TCS são uma parte essencial, não só eram melhores a permitir o acesso aos profissionais de saúde que estavam a gerir a crise, como também foram mais rápidos a recuperar.

Apesar de a base de evidências acerca do trabalho dos TCS ser desigual e variada, é excepcionalmente rica, fornecendo conhecimentos suficientes que podem ser usados para reforçar, aumentar e manter

os programas de TCS em toda a África. Os TCS são os recursos laborais mais promissores e rapidamente disponíveis do mundo no sector da saúde, capazes de permitir que os sistemas de saúde funcionem em contextos onde os recursos são limitados e reduzam o fardo das doenças graves, facilmente evitáveis e tratáveis. A disponibilidade de potenciais recrutas é abundante, os recrutas podem ser formados em relativamente pouco tempo, a eficácia dos TCS já foi amplamente demonstrada e os serviços prestados por TCS têm uma excelente relação custo-eficácia, comparativamente a serviços semelhantes prestados por profissionais de nível mais elevado baseados em unidades de saúde.

As funções e responsabilidades exactas dos TCS irão variar de país para país, e dentro dos países, de programa para programa e de zona para zona. É pouco provável que de momento ou no futuro próximo surja um tipo de TCS de padrão internacional. No entanto, é manifestamente necessário que sejam estabelecidas normas e regulamentos nacionais claros que descrevam a formação e certificação aprovadas para os TCS (27).

É necessário mais investigação específica ao contexto para definir as estratégias mais eficazes para a formação e supervisão dos TCS, uma vez que as evidências actuais são escassas. Não obstante, estas duas categorias de actividades constituem parcelas substanciais dos orçamentos dos programas de TCS. A relação custo-

eficácia e a sustentabilidade financeira dos programas de TCS também têm de ser estudadas com rigor e urgência para colmatar as grandes lacunas de evidências, que são um requisito essencial para a tomada de decisões políticas informadas. Os centros de colaboração da OMS têm o potencial de contribuir para a produção e expansão da base de evidências sobre os TCS e temas transversais, e esta informação poderá ser divulgada nos países da Região para informar o planeamento e a implementação das políticas e estratégias de saúde.

A monitorização e a avaliação dos programas de TCS de grande escala devem ser parte integrante dos planos e estratégias gerais para a força laboral da saúde, e as estatísticas sobre a afectação, os custos, o mapeamento, etc., dos TCS devem ser recolhidas nos países através das ferramentas de monitorização habituais que a OMS e os parceiros já usam, tais como as avaliações da disponibilidade e preparação dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Earth Institute. One million community health workers, New York, 2011 (http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf). Consulté le 10 août 2015.
2. HRH commitment pathways: Community Health Workers. www.who.int/workforcealliance/forum/2013/CommunityHealthWorkers.pdf. Consulté le 1 mars 2017.
3. Lewin S, et al. Lay health workers in primary and community health care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 1: Art No. CD004015.
4. WHO. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 780, Geneva: WHO; 1989.
5. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. WHO Press. Geneva. World Health Organization 2015
6. Leban, K. How social capital in community systems strengthens health systems: people, structures, processes. http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/Components_of_a_Community_Health_System_final10-12-2011.pdf). Consulté le 10 septembre 2015.
7. Kironde S, Klaasen S. What motivates lay volunteers in high burden but resource-limited tuberculosis control programmes? Perceptions from the Northern Cape province, South Africa. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2002;6(2):104–110.
8. Okuga M, et al, Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. Global Health Action. 2015;8:23968.
9. Olang'o CO, Nyamongo IK, Aagaard-Hansen J. Staff attrition among community health workers in home-based care programmes for people living with HIV and AIDS in western Kenya. Health Policy. 2010;97:232–237.
10. Global Health Workforce Alliance, WHO. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: WHO; 2010.
11. Hodgins S, et al. Scaling up and maintaining effective community health worker programs at Scale; 2013 (http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/14_CHW_Scale.pdf). Accessed August 2015
12. Pallas SW, et al. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? American Journal of Public Health. 2013;103:e74–e82.
13. Dahn B, et al. Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations; 2015.
14. Gilson L, et al.. National community health worker programs: how can they be strengthened? J Public Health Policy. 1989;10(4):518–532.
15. Mcpake B. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. Bulletin of the World Health Organization. 2015;3:631–639A.

16. McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;91: 244–253B.
17. Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The MDG Health Alliance, 2012 Oct. http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review_of_chw_effectiveness_for_mdgs-sept2012.pdf. Consulté le 10 septembre 2015
18. Haines A, et al. n U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta Z. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*. 2007;369:2121–2131.
19. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: WHO; 2007.
20. Condo J; et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Human Resources for Health*. 2014;12:71.
21. Perry H, Crigler L and Hodgins S. 2014. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: a reference guide and case studies for program managers and policy makers_Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) (http://www.chwcentral.org/sites/default/files/MCHIP_CHW).
22. Haile F, Yemane D, Gebreselassie A. Assessment of non-financial incentives for volunteer community health workers – the case of Wukro district, Tigray, Ethiopia. *Human Resources for Health*. 2014;12:54.
23. Mkwandawire WC, Muula AS. Motivation of community care givers in a peri-urban area of Blantyre, Malawi. *African Journal of Health Sciences*. 2005;12:21–25.
24. Tulenko, K, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):847–852.
25. Nxumalo N, Goudge J, Thomas L. Outreach services to improve access to health in South Africa: lessons from three community health worker programmes. *Global Health Action*. 2013;6: 19283.
26. Ochieng B M, et al. Perceptions of health stakeholders on task shifting and motivation of community health workers in different socio demographic contexts in Kenya (nomadic, peri-urban and rural agrarian). *BMC Health Services Research*. 2014;14(Supplement1):S4.
27. Lehmann U, Friedman I, Sanders D. Review of the utilisation and effectiveness of community-based health workers in Africa. Working Paper of the Joint Learning Initiative; 2004.
28. WHO. Ebola situation reports (<http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports> , accessed 10 September 2015).
29. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
30. Helen Schneider and Uta Lehmann (2016) From Community Health Workers to Community Health Systems: Time to Widen the Horizon?, *Health Systems & Reform*, 2:2, 112-118, DOI: 10.1080/23288604.2016.1166307 To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2016.1166307>

DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL



1. Greenspan JA, et al. Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Human Resources for Health*. 2013;11:52.
2. Raven J, et al. Using a human resource management approach to support community health workers: experiences from five African countries. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):45.
3. Rowe AK, et al. Health care provider performance review: systematic review of strategies to improve health care provider performance in low- and middle- income countries. January 2015.
4. Strachan DL, et al. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012;87(5 Suppl): 111–119.
5. Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy and Planning*. 2008;21:179–187.
6. United Nations. Sustainable Development Goals (<http://www.un.org/sustainabledevelopment> , accessed 14 June 2016).
7. United Nations Children’s Fund (UNICEF). The Bamako Initiative; 1987 (http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf , accessed 4 September 2015).
8. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf , accessed 4 September 2015).
9. WHO. The world health report 2006 – working together for health. Geneva: WHO; 2006.
10. WHO, West African Health Organisation, African Development Bank Group et al. High Level Meeting on Building Resilient Systems for Health in Ebola-affected Countries, 10–11 December 2014. Geneva: WHO; 2014.
11. Frontline Health Workers coalition. A Commitment to Community Health Workers: Improving Data for Decision-Making. <https://www.frontlinehealthworkers.org/wp-content/uploads/2014/09/CHW-Report.pdf>

GRUPO ORGÂNICO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A ÁFRICA

**Cité du Djoué, Boîte postale 06, Brazzaville, República do
Congo**

**Telefone: + (47 241) 39100 / + (242) 770 02 02 | Fax: + (47
241) 39503**

E-mail: regafro@afro.who.int

Website : <http://www.afro.who.int>

Twitter: @WHOAFRO