



**Organização
Mundial de Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A **África**

AFR/RC70/5
25 de Agosto de 2020

COMITÉ REGIONAL

ORIGINAL: INGLÊS

Septuagésima sessão

Sessão virtual, 25 de Agosto de 2020

Ponto 8 da ordem do dia

**REFORÇAR A PRESENÇA NOS PAÍSES PARA GARANTIR A COBERTURA
UNIVERSAL DE SAÚDE EM ÁFRICA**

ÍNDICE

	Parágrafos
CONTEXTO	1-5
PROBLEMAS E DESAFIOS	6-11
MEDIDAS PROPOSTAS.....	12-16

CONTEXTO

1. A adopção dos objectivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e a reforma das Nações Unidas conferiram funções e responsabilidades adicionais à OMS, uma vez que a agenda da saúde se interligou com outros objectivos de desenvolvimento. Para alcançar estes objectivos, a Organização definiu no seu décimo terceiro Programa Geral de Trabalho (PGT 13) as metas dos três mil milhões relacionadas com a expansão da cobertura universal de saúde, a protecção das pessoas contra emergências e a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas em todo o mundo.
2. As metas dos três mil milhões da OMS e os ODS relacionados com a saúde só serão alcançados com um grande avanço em direcção à cobertura universal de saúde (CUS). Por conseguinte, as metas da CUS foram integradas nas estratégias nacionais de saúde da maioria dos Estados-Membros da OMS na Região Africana.¹ A contribuição esperada do Secretariado da OMS para a implementação destas estratégias nacionais será maximizada através do alinhamento da sua presença nacional com as necessidades dos Estados-Membros. Este é, entre outros, o objectivo da Agenda de Transformação lançada em 2015 pela Directora Regional da OMS para a África.² A Agenda de Transformação da Directora Regional procura gerar uma organização prospectiva, pró-activa, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável, dotada dos recursos adequados e bem equipada.
3. Como as necessidades de saúde dos Estados-Membros variam e evoluem constantemente, a OMS não pode adoptar uma abordagem única a todos os países. Para identificar o tipo e o nível de apoio necessário para a concretização das prioridades nacionais, a Organização realizou, entre Agosto de 2017 e Outubro de 2019, uma avaliação funcional de todos os seus 47 escritórios de país. Esta avaliação envolveu mais de 800 entrevistas a fontes anónimas e mais de 300 consultas a várias partes interessadas, incluindo ministros e quadros superiores do Ministério da Saúde, equipas de país das Nações Unidas, parceiros bilaterais e organizações da sociedade civil. Nalguns países, foram também entrevistados representantes do Ministério das Finanças, do Ministério do Planeamento Nacional e da Agricultura.
4. A equipa responsável pelas avaliações funcionais identificou os principais desafios para alcançar a cobertura universal de saúde nos vários países e as expectativas das partes interessadas quanto ao papel que a OMS deveria desempenhar para lhes dar resposta. Em consulta com as partes interessadas, incluindo o pessoal do escritório da OMS no país, foram acordadas áreas de intervenção prioritárias em relação às quais a OMS tem claramente vantagens comparativas. Consequentemente, foram feitas recomendações para que a reafectação de recursos se concentrasse apenas em áreas prioritárias. A equipa responsável pelas avaliações funcionais propôs igualmente a revisão da estrutura de cada escritório de país da OMS, a fim de garantir uma combinação adequada de competências e um alinhamento com as necessidades do país. Além disso, a equipa responsável pelas avaliações funcionais recomendou práticas de gestão que promovem a integração para otimizar o impacto.
5. O presente documento apresenta os desafios identificados durante as avaliações funcionais e as medidas que a OMS deverá tomar para apoiar os Estados-Membros na concretização da CUS. Recomenda abordagens baseadas nas normas internacionais mais rigorosas possível, que respondam à evolução das necessidades e das expectativas das populações.

¹ UHC in Africa: A framework for action P5, (<http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/pdf/108008-v1-REVISED-PUBLIC-Main-report-TICAD-UHC-Framework-FINAL.pdf>), acedido a 27 de Fevereiro de 2020

² A Agenda de transformação do Secretariado da OMS na Região Africana

PROBLEMAS E DESAFIOS

6. **Fraca coordenação dos parceiros:** o apoio dos parceiros na maioria dos Estados-Membros foi descrito pelas diferentes partes interessadas como fragmentado, vertical e, em muitos casos, duplicado e mal alinhado com as prioridades nacionais da cobertura universal de saúde. Trata-se de uma importante causa de ineficiência, uma vez que a maioria dos Estados-Membros depende fortemente do financiamento externo, com excepção de alguns Estados-Membros³ em que a cooperação técnica com o governo é limitada ou os parceiros de desenvolvimento são poucos. Os esforços para garantir a coordenação dos parceiros são incoerentes e não são continuados, apesar das iniciativas tomadas para melhorar a coordenação dos investimentos e das intervenções no domínio da saúde entre governos e parceiros em muitos Estados-Membros.⁴ Por exemplo, a tentativa de alguns dos parceiros de desenvolvimento no domínio da saúde evitar a duplicação de esforços coordenando as suas intervenções através de agrupamentos formais⁵ não garante necessariamente o alinhamento com as prioridades nacionais.

7. **Capacidades limitadas de governação do sector da saúde a nível nacional e subnacional:** as capacidades do Ministério da Saúde para reunir e coordenar parceiros em torno das prioridades nacionais foram consideradas limitadas na maioria dos países. Esta questão revelou-se particularmente importante no Benim e no Burquina Faso. Uma das consequências deste facto é que as agências multilaterais, incluindo as agências da ONU, o Fundo Mundial e a Gavi, bem como as organizações da sociedade civil, estão a apoiar programas verticais que demonstram mal o seu alinhamento com os planos estratégicos do sector da saúde. Embora estes programas possam estar bem coordenados verticalmente, estão a abrir caminho a duplicações de trabalho e a uma utilização ineficaz dos recursos, tal como acontece com a fragmentação do sistema de informação sanitária em programas verticais promovidos pelos doadores.

8. **Indisponibilidade de dados credíveis para a tomada de decisões baseada em dados factuais:** é difícil obter dados credíveis sobre o desempenho geral do sector da saúde na maioria dos Estados-Membros, apesar da melhoria da disponibilidade de informação programática para determinados programas, bem como da qualidade dos dados sistemáticos na região com a introdução do Software de Informação Sanitária Distrital 2 (DHIS 2).⁶ Existem muitos instrumentos de recolha e notificação de dados que aumentam a carga de trabalho dos profissionais de saúde, já em número insuficiente, e afectam negativamente a qualidade dos dados. Por outro lado, a declaração de nascimentos e de óbitos é baixa, em parte devido ao fraco desempenho dos sistemas de registo civil e estatísticas vitais, mas também ao atraso na implementação ou introdução da Classificação Internacional de Doenças (que é uma norma de dados essencial). Outro desafio é a falta de interoperabilidade entre as ferramentas digitais existentes e o DHIS 2. Tudo isto é agravado pelas limitações nas competências dos profissionais de saúde para diagnosticar e certificar correctamente a causa das mortes. Além disso, verificou-se uma subnotificação de dados de saúde por parte das unidades de saúde privadas e das instituições de saúde terciárias, bem como um uso insuficiente dos dados disponíveis, sobretudo a nível

3. Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Guiné Equatorial, Maurícia, São Tomé e Príncipe.

4. Inclui-se aqui a assinatura de um pacto baseado nos princípios da Parceria Internacional para a Saúde (IHP+) que defende um plano único, um mecanismo de financiamento único e um quadro de responsabilização único, em países como no Chade, na Mauritânia e na Zâmbia.

5. Nalguns países, a OMS, a UNICEF, o UNFPA, o ONUSIDA, o Banco Mundial e a ONU Mulheres constituíram um grupo de parceiros para defender a saúde reprodutiva, materna e infantil.

6. A Gâmbia, a Maurícia, São Tomé e Príncipe e as Seicheles estão agora a instalar o DHIS 2, enquanto os seguintes países não estão a ponderar mudar para o DHIS 2 porque têm outro sistema electrónico para os pacientes: Cabo Verde, Comores, Essuatíni, Guiné Equatorial, República Centro-Africana.

subnacional. Por conseguinte, a definição das prioridades e a afectação dos recursos não se costumam basear em dados factuais.

9. **O financiamento ineficiente da saúde** foi um dos principais desafios mencionados nas reuniões consultivas relacionadas com a revisão funcional. Alguns países, como a Argélia, o Botsuana, a Guiné Equatorial, a Maurícia, a Namíbia e as Seicheles afectam recursos internos adequados para o financiamento da saúde, enquanto outros dependem de fontes externas que, na maioria das vezes, já estão destinadas a outros fins específicos, não são fiáveis e suscitam duplicações de financiamento. As despesas directas permanecem inadmissivelmente elevadas, superando o nível de expensas empobrecedoras e catastróficas, e a cobertura de regimes de pré-pagamento e de partilha dos riscos continua baixa em muitos países.

10. **Qualidade insuficiente da assistência técnica prestada pela OMS:** Os resultados dos inquéritos de percepção realizados durante as avaliações funcionais revelaram uma série de problemas. Embora os Estados-Membros e alguns dos parceiros tenham apreciado muito o apoio prestado pela OMS, e as suas expectativas correspondam ao mandato e às funções essenciais da Organização, manifestaram preocupações quanto à qualidade de parte do trabalho da OMS a nível nacional. Exemplos disso são a elaboração de diferentes planos estratégicos que não estão ligados ao plano estratégico nacional de saúde, a elaboração de várias orientações sem estratégias de implementação, o alinhamento inadequado dos planos bienais com os planos nacionais de saúde e a fraca participação na concepção e implementação de projectos conjuntos com outros parceiros.

11. **Capacidade limitada para resolver deficiências dos sistemas de saúde:** na maioria dos Estados-Membros, a capacidade do Ministério da Saúde e dos parceiros para o desenvolvimento de estratégias orientadas e contextuais específicas de melhoria dos recursos humanos para a saúde é fraca. As intervenções destinadas a melhorar o ambiente de trabalho, a retenção dos profissionais de saúde e a distribuição entre as zonas urbanas e rurais são mal concebidas ou implementadas, como foi particularmente salientado no Chade, na Mauritânia e no Níger. Um outro problema é a fraca disponibilidade de medicamentos, vacinas e tecnologias sanitárias, bem como o seu uso irracional. A este problema junta-se uma gestão fragmentada e ineficaz da cadeia de abastecimento, incluindo um armazenamento inadequado, com armazéns disponíveis que não cumprem as normas mínimas. Outras áreas com lacunas incluem o diálogo político, nomeadamente com prestadores de saúde privados e organizações da sociedade civil no âmbito da criação de relações. O reforço das capacidades, a mobilização das comunidades e a prestação de cuidados de qualidade são também outras áreas com lacunas que precisam de apoio. Foram observados grandes desafios na organização e gestão dos serviços de saúde, incluindo os modelos de prestação de serviços e o reforço dos sistemas de saúde distritais. Todas foram consideradas pela OMS como áreas onde muitos países necessitam de apoio.

MEDIDAS PROPOSTAS

12. **Uma abordagem diferenciada do reforço dos escritórios de país:** para que o apoio da OMS seja adequado aos Estados-Membros, a OMS utilizará critérios pré-definidos para agrupar os Estados-Membros. Estes critérios baseiam-se no índice de cobertura dos serviços da cobertura universal de saúde,⁷ nas emergências graves em curso ou recentes, na dimensão da população e nos desafios do sistema de saúde. As estratégias e directrizes serão adaptadas ao contexto dos países, promovendo-se simultaneamente a aprendizagem inter e intrapaíses. São sugeridos quatro grupos de países,

⁷ UHC service coverage index from WHO: <https://www.who.int/data/gho/indicator->, consultado a 27 de Maio de 2020

nomeadamente: Estados-Membros que requerem a presença operacional da OMS, Estados-Membros que requerem a presença técnica total da OMS, Estados-Membros que requerem uma presença técnica moderada da OMS e Estados-Membros que requerem a presença estratégica da OMS.

- a) **Estados-Membros que requerem a presença estratégica da OMS:**⁸ o índice médio da cobertura universal de saúde é de 60 para os Estados-Membros deste grupo. O apoio da OMS centrar-se-á na construção do sistema de saúde do futuro, a fim de melhorar a segurança sanitária, a qualidade dos cuidados, a equidade e o acesso financeiro aos serviços de saúde.
- b) **Estados-Membros que requerem uma presença técnica moderada da OMS:**⁹ o índice médio da cobertura universal de saúde é de 46,9 para os Estados-Membros deste grupo. Considera-se que têm sistemas de saúde mais fortes. A OMS prestará apoio estratégico à consolidação dos ganhos no sentido de alcançar os objectivos da cobertura universal de saúde e outros objectivos de desenvolvimento sustentável relacionados com a saúde. A OMS concentrar-se-á na produção de dados factuais, na monitorização da situação e das tendências em matéria de saúde e no desenvolvimento de estratégias inovadoras para intervenções específicas. A OMS centrar-se-á igualmente na criação de parcerias estratégicas e no reforço de acções multisectoriais.
- c) **Estados-Membros que requerem a presença técnica total da OMS:**¹⁰ O índice médio da cobertura universal de saúde é de 41 para os Estados-Membros deste grupo. Estes têm uma carga elevada de doenças transmissíveis e não transmissíveis, e uma elevada mortalidade materna e infantil. A OMS concentrar-se-á na prestação de assistência técnica e no reforço das capacidades dos ministérios da Saúde para liderar o sector a nível nacional e distrital, bem como para realizar um trabalho normativo com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade.
- d) **Estados-Membros que requerem a presença operacional da OMS:**¹¹ o índice médio da cobertura universal de saúde é de 36,9 para os Estados-Membros deste grupo. Estão a dar resposta a uma emergência de saúde pública e/ou a uma crise humanitária, para além da actual pandemia de Covid-19. A OMS prestará assistência técnica e apoio operacional à concepção e implementação de intervenções prioritárias para alcançar os objectivos da cobertura universal de saúde e outros objectivos de desenvolvimento sustentável relacionados com a saúde, garantindo ao mesmo tempo a prestação de serviços às pessoas afectadas por crises humanitárias e situações de emergência. As parcerias e colaborações com a sociedade civil e as forças armadas serão reforçadas para melhorar a prestação de serviços de saúde nesses países.

13. **Melhorar as funções transversais:** a OMS reforçará os escritórios de país de modo a capacitá-los para intervenções transversais em todos os Estados-Membros. Estas intervenções incluem a definição de prioridades e a implementação de actividades destinadas a reforçar as parcerias para a cobertura universal de saúde e os sistemas de saúde distritais.¹² Incluem também a criação de sistemas de saúde resilientes, a implementação da segurança sanitária através do Regulamento Sanitário Internacional, a garantia da disponibilidade de informações sanitárias credíveis e de dados factuais que informem a tomada de decisões. O reforço das capacidades irá também permitir priorizar a realização de trabalho analítico, de forma a orientar a alocação de recursos, e melhorar a eficiência na utilização

8. Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Essuatíni, Lesoto, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Seicheles

9. África do Sul, Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Maláui, Mauritânia, Ruanda, Senegal, Togo

10. Angola, Burquina Faso, Burundi, Chade, Congo, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Moçambique, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia, Zimbabué

11. Etiópia; Mali; Nigéria; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; Sudão do Sul

12. Visto que o desempenho das equipas de saúde subnacionais é essencial para a revitalização dos cuidados de saúde primários, alguns Estados-Membros, como Angola, o Benim, o Botsuana, Moçambique e a Serra Leoa, solicitaram à OMS que apoiasse a constituição de equipas de saúde distritais sólidas, no âmbito dos seus esforços de descentralização em curso.

de recursos, incluindo através da oferta de aconselhamento sobre opções sustentáveis de financiamento da saúde e a elaboração de argumentos de investimento na saúde. Haverá também um investimento em capacidades para envolver os principais sectores na resposta aos riscos sanitários e reforçar as funções de gestão e apoio para consolidar os ganhos na gestão de programas, na coordenação de parcerias, na comunicação, na prestação de contas e na conformidade. Isto inclui a designação de responsáveis pela gestão dos programas e das relações externas, assim como de pessoal afecto à gestão das questões de conformidade e de risco nos maiores escritórios de país da OMS, a fim de melhorar as relações com os doadores.

14. **Melhorar a otimização dos recursos:** a OMS dará prioridade à atribuição de fundos flexíveis para as funções essenciais do escritório da OMS no país. A eficácia das intervenções será melhorada através do recrutamento de peritos técnicos para as principais áreas, como a coordenação, a definição de políticas, a informação sanitária estratégica e a colaboração interssectorial. Para aumentar a diversidade e tirar partido da experiência internacional, o número de funcionários internacionais nos escritórios de país da OMS será aumentado em 68%.

15. **Manter o apoio do Escritório Regional da OMS:** o Escritório Regional da OMS prestará apoio estratégico coordenado e de qualidade aos Estados-Membros através dos seus escritórios de país. A Organização promoverá estratégias integradas de execução para minimizar a duplicação de intervenções¹³ e melhorar o alinhamento dessas intervenções com as prioridades do país, a fim de maximizar a eficiência e as sinergias com outros parceiros.¹⁴

16. O Comité Regional tomou nota destes desafios e aprovou as medidas propostas.

¹³. Isto inclui a assinatura de um pacto, como no Chade, na Mauritânia e na Zâmbia

¹⁴. Os esforços em curso têm permitido uma abordagem comum para a preparação e execução de programas, o planeamento e as avaliações sectoriais anuais conjuntas e o financiamento dos planos empresariais no Benim, no Burquina Faso, na Eritreia, em Madagáscar, no Mali e no Ruanda