

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 517 700 Cables: AU, ADDIS ABABA

**CONFERÊNCIA DOS CHEFES DE
ESTADO E DE GOVERNO
Quarta Sessão Ordinária
30 – 31 de Janeiro de 2005
Abuja, NIGÉRIA**

Assembly/AU/4 (IV)

**RELATÓRIO DA SITUAÇÃO SOBRE O VIH/SIDA,
TUBERCULOSE, MALÁRIA E PÓLIO: LINHA DE
ACÇÃO PARA ACELERAR A MELHORIA DA SAÚDE
EM ÁFRICA**

**RELATÓRIO DA SITUAÇÃO SOBRE O VIH/SIDA, TUBERCULOSE,
MALÁRIA E PÓLIO: LINHA DE ACÇÃO PARA ACELERAR A
MELHORIA DA SAÚDE EM ÁFRICA**

Conteúdo

	Página
1. Introdução	1
2. Realidades e Desafios Sanitários	2
Encargos Crescentes das Doenças	2
Desafios Apresentados pelo VIH/SIDA, Maláris e Tuberculose	4
Erradicação da Pólio	5
3. Principais Questões para Análise e Acções Necessárias	5
3.1. Sistemas de Saúde Integrados e Funcionais	5
3.2. Recursos Humanos para a Saúde	7
3.3. Financiamento para a Saúde	8
3.4. Monitorização e Avaliação	10
3.5. Melhoria da Resposta Continental	11

1. Introdução

No período que decorreu desde a Cimeira do Milénio das Nações Unidas (2000) e da Assembleia Geral Especial sobre o VIH/SIDA (2001) e da Declaração dos Chefes de Estado de Abuja sobre a Malária (2000) e o HIV/SIDA, Tuberculose e Outras Doenças Infeciosas Relacionadas (2001), notou-se um grande interesse nacional, continental e internacional na abordagem dos desafios da Saúde em África. No entanto, o estado sanitário permanece pobre e está mesmo em declínio em algumas situações. De facto é agora globalmente reconhecido que África não está em condições de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (MDG's) e, certamente, nem muitos dos objectivos estabelecidos em fóruns Africanos e outros internacionais. O estado sanitário precário é ainda reconhecido não simplesmente como um problema de saúde: a falha na redução significativa dos encargos das doenças é prejudicial ao desenvolvimento sócio-económico, particularmente pelo facto dos investimentos no sector da saúde apresentarem significantes retornos económicos. Os investimentos no sector da saúde são produtivos, não consumistas. Isto foi sublinhado no Relatório da Comissão sobre Macro-Economia e Saúde da OMS: Investimentos na Saúde para o Desenvolvimento Económico (2001).

Relativamente ao acima exposto, este relatório tenta apontar os principais obstáculos para o progresso e identificar formas estratégias que os Chefes de Estado e de Governo podem desejar analisar. Antecipando-se às Nações Unidas e outros analistas sobre os progressos tendentes ao alcance dos MDG's, o Relatório da Comissão para África e o lançamento da Nova Estratégia de Saúde do Banco Mundial para a África, 2005, proporciona uma única oportunidade para defesa e acção na remoção de obstáculos e aceleração do progresso na luta contra a doença.

Portanto, o relatório não prevê prestar análises detalhadas da actual situação, dos progressos alcançados, dos impasses enfrentados e das acções necessárias, uma vez que estes já foram bem enunciados em vários documentos. Um desses documentos é o **“promover a Liderança Africana para Melhorar a Saúde”**¹, que avalia os progressos nas declarações de Abuja para o período 2000 – 2003, destaca as melhores

¹ Este Relatório será lançado durante esta Quarta Sessão Ordinária da Conferência dos Chefes de Estado e de Governo, em Abuja, Nigéria.

práticas dos países e as experiências apreendidas. É o resultado dos esforços conjuntos da Comissão da União Africana (CUA), da Comissão Económica das Nações Unidas para a África (CENUA), ONUSIDA, e da OMS. Este relatório é igualmente apoiado por documentos técnicos preparados, pela OMS,² ³ONUSIDA⁴ e UNICEF⁵ e que foram distribuídas nas pastas de documentos.

As Declarações de Abuja sobre a Malária (2000) e sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Relacionadas (2001), reafirmadas pela Declaração de Maputo (2003), prevêm directivas específicas ao Combate à SIDA, Tuberculose e Malária, enquanto outros documentos estratégicos subsequentes tais como o Plano Estratégico da Comissão da União Africana, a Estratégia de Saúde da UA/NEPAD e o Plano Estratégico do VIH/SIDA da Comissão da União Africana (actualmente em elaboração), continuam a prever um quadro apropriado de acção.

A preocupação dos Chefes de Estado acerca da saúde foi mais adiante reflectida com a criação da Presidência da AIDS Watch África (AWA), cuja estrutura de apoio está agora acomodada no Departamento dos Assuntos Sociais da União Africana.

As Comunidades Económicas Regionais estão em fase de criação de Estruturas de Saúde para o cumprimento da única função que podem desempenhar. Já os Ministérios da Saúde de várias regiões reúnem-se anualmente e irão agora reunir-se duas vezes por ano, na Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana. Entretanto, uma coordenação continental mais efectiva da liderança política da saúde por Ministros, em conjunto com a Comissão da União Africana, deverá ser benéfica.

Os parceiros regionais e internacionais têm vindo igualmente a aumentar os seus esforços para melhorar as condições de saúde em África.

A luta contra o fardo das doenças tem sido acelerada por várias acções, incluindo a introdução de terapias anti-retroviral, Mosqueteiros Impregnados com Insecticidas de Longa-duração e tratamentos com base na Artemesinina. Há igualmente provas da eficácia de muitas intervenções, tais como a imunização e a Gestão Integrada das Doenças Infantis. Medidas para eliminar a poliçielite reduziram a paralisia de

² Onformação sobre o Paludismo, o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Poliomielite

³ Alargar o Acesso aos Medicamentos para o VIH/SIDA, Paludismo e Tuberculose

⁴ Mobilização, utilização e Coordenação de Recursos para o VIH/SIDA

⁵ Melhoria a Sobrevivência da Criança em África

75000 casos em 1996 para 218 em 2002) e a oncocercose está a diminuir. Há uma clareza sobre quais as necessidades a serem realizadas para a redução dos altos níveis de mortalidade relacionadas com a natalidade. O que é necessário agora é lutar contra as doenças à escala necessária para se alcançar o impacto desejado, conjuntamente com acções concertadas para garantir mudanças sustentáveis nos sistemas de saúde do continente. Alcançar este objectivo exige esforços concertados por todos os intervenientes.

2. REALIDADES SANITÁRIAS E DESAFIOS

A acção africana está em constante fortalecimento, com um profundo compromisso em questões sanitárias por vários países. Ainda assim, a realidade é de que a África continua fora da linha de alcance dos objectivos da Declaração do Milénio para a redução do VIH/SIDA, TB, Malária e mortalidade infantil e materna, primeiramente, porque a escala dos esforços carece dos meios necessários. As mortes causadas pelo SIDA continuam a crescer, a Malária está a resurgir amplamente, a mortalidade materna não está a melhorar muito e as taxas de mortalidade em menores de cinco-anos estão em crescimento, ao invés de decrescer. Os altos níveis de malnutrição básica e de deficiências de micronutrientes são associados a mais de metade de todas as mortes infatis. De igual modo, outras encargos de doenças transmissíveis, tais como a doença do sono, continuam a devastar comunidades em partes do continente e o efeito da débil prevenção e tratamento de doenças crónicas decorrentes do estilo de vida⁶ e continuam a crescer os acidentes rodoviário. A situação de cuidados para os portadores de deficiências e com problemas de sanidade mental continua inadequada.

A caixa a seguir ilustra a realidade sanitária genérica e os desafios que África enfrenta.

⁶ Por exemplo, derrames cerebrais, paragem cardíaca, diabetes.

Caixa 1: A realidade sanitária em África

- Em cada ano 2,3 milhões de africanos morrem de SIDA, e mais de um milhão de malária e de tuberculose, ao passo que as mortes preveníveis de doenças não transmissíveis continuam a crescer.
 - Mais de metade das mulheres que morrem em todo o mundo de condições relacionadas com gravidez e maternidade são africanas. A mortalidade materna é enfrentada por 1 em cada 20 mulheres africanas em comparação com 1 em cada 4000 nos países industrializados.
 - 1 em cada 6 crianças africanas não chega ao quinto ano de vida, principalmente por condições preveníveis e de simples tratamento (1.200.000 morrem anualmente de pneumonia, 800.000 de diarreia, 600.000 de malária e 500.000 de sarampo) comparado com 1 em 143 nos países industrializados .
 - A mal-nutrição é associada a mais de metade das mortes em menores de cinco anos. Os problemas de crianças com baixo peso são complicados por deficiências de micronutrientes – mais de metade das crianças africanas sofre de uma entre a falta de ferro e por deficiência de vitamina A.
 - Menos de 1 em 10 das ~4 milhões de pessoas em necessidade de anti-retrovirais (ARV's) os recebem.
-
- O fornecimento de preservativos é de cerca de 3 preservativos por ano, por potencial utente.
 - Menos de 10% das crianças nas áreas de alta prevalência de malária dormem com mosquiteiros, e menos de metade desses Mosquiteiros são Impregnados com Insecticidas de Longa-Duração.
 - As imunizações principais, como a da Gripe Hemofílica não estão normalmente disponíveis para as crianças africanas, das quais somente metade recebeu a imunização disponível esperada até ao primeiro ano de vida.
 - A quota de África nos \$400 biliões gastos em todo o mundo em medicamentos é de cerca de \$5 biliões.
 - Somente 3 em cada 10 africanos têm acesso regular aos medicamentos essenciais.
 - África possui 1 funcionário de saúde para cada 1250 pessoas em comparação com 1 para 97 na Europa.
 - África possui somente 1 médico para cada 10.000 pessoas.
 - Os recursos domésticos para a saúde são de cerca de 20 \$EU per capita em África, comparados com os cerca de 2000 per capita por ano nos países de alto-rendimento.
 - O PIB é estimado em 2,6% mais baixo do que seria em países com uma prevalência de VIH de mais de 20%.
 - Mais de 80% do continente depende da agricultura de subsistência, sendo que as famílias com um chefe de família cronicamente debilitado (doente), planta menos de metade das sementeiras.

O quadro de mini-factos acima ilustra que acções imprevistas em termos sanitários são necessárias se desejamos em vista dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em termos de saúde e colher os benefícios económicos e sociais que este mundo oferece. Os Chefes de Estado e de Governo estão numa única posição de dirigir os seus países neste sentido. A sua liderança para colocar o continente no caminho do crescimento e desenvolvimento sustentável e para a paz e estabilidade, boa governação e revisão paritária estão já a prestar grande contribuição para a saúde e fornecer uma plataforma sólida para os desenvolvimentos futuros. A Declaração de Abuja e a reafirmação dos compromissos em Maputo, de 2003, demonstram o empenhamento em reduzir as doenças, mas os Estados membros estão a enfrentar muito desafio e constrangimentos na sua implementação; sendo a pobreza subjacente, a mal-nutrição e sistemas de saúde deficientes, incluindo a falta de medicamentos e de recursos humanos as causas mais importantes. O Acesso à prevenção sustentável, aos cuidados e ao tratamento é limitado. Ao mesmo tempo está provado que os investimentos na saúde e a luta contra as doenças tiveram resultados significativos em vários países e que os instrumentos e as estratégias que podem provocar impacto estão ao alcance. O principal desafio é que os programas contra as principais doenças não estão a altura de causar o impacto desejado – travá-las e debelá-las.

Desafios Apresentados pelo VIH/SIDA, Malária e Tuberculose

Os Estados Membros enfrentam muitos desafios e constrangimentos na implementação das Declarações de Abuja e a reafirmação dos compromissos à elas em Maputo em 2003. Dos muitos desafios não há nada maior do que o acesso limitado à prevenção, cuidado, e tratamento sustentável e acessível. O desafio baseia-se no facto de que essas pandemias se tornarem mais complexas devido às crescentes taxas de pobreza, débeis e limitados sistemas sanitários funcionais de má-nutrição no continente. É igualmente necessário reiteirar que a Tuberculose é a principal causa de morbidez e de mortalidade entre as pessoas com VIH/SIDA; é igualmente uma séria doença da pobreza por si só. Ainda assim, as intervenções tendentes ao controlo do VIH/SIDA tendem a negligenciar este facto.

Na Declaração de Abuja e no Plano de Acção sobre o Combate à Malária, os Líderes comprometeram-se em parar com a mortalidade causada pela Malária até ao ano 2010. As estratégias para o alcance desta intenção incluem, entre outras, o fortalecimento dos sistemas de saúde para assegurar que pelo menos 60% daqueles que sofrem de malária tenham acesso apropriado e estejam habilitados a usar tratamentos correctos, acessíveis e apropriados em 24 horas do início dos sintomas; fornecer

acesso a mosquiteiros impregnados com insecticidas a pelo menos 60% dos grupos vulneráveis, especialmente as mulheres grávidas e às crianças menores de cinco anos de idade; redução ou flutuação das taxas e tarifas para os Mosquiteiros Impregnados com Insecticida, para os insecticidas, os medicamentos anti-maláricos e outras facilidades e serviços necessários para o controlo da malária. Isto pode ser alcançado no objectivo global de disponibilização de 15% do orçamento nacional para o sector da saúde.

Os líderes comprometeram-se igualmente para a promoção de parcerias com o sector privado de modo a aumentar a capacidade regional para a produção e distribuição de medicamentos essenciais genéricos e acessíveis.

Um dos maiores obstáculos para o tratamento destas pandemias de forma efectiva é a débil comunicação entre os ministérios e outros parceiros, bem como o facto das questões sociais como a saúde tenderem a ser marginalizados. Mais ainda, há a falta de coordenação, harmonização e colaboração entre os doadores sobre estas questões num determinado país.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Assegurar que existem planos bem desenvolvidos para a abordagem de cada um dos maiores encargos de doenças nos seus países de forma a integrar os programas nos sistemas básicos de saúde.
- Comprometer os divulgadores públicos de modo a desempenhar uma função mais ampla e criativa na educação das comunidades acerca das acções que possam desenvolver para melhorar a sua própria saúde e cuidados.
- Desempenhar a função pessoal na mobilização dos seus países acerca de medidas importantes, tais como mosquiteiros impregnados com insecticida de longa-duração e a introdução de novas vacinas.

Erradicação da Pólio

Em 1996, os líderes africanos adoptaram a Declaração de Yaoundé sobre a erradicação da Pólio e lançaram a campanha “Erradiquemos a Pólio fora de África”. Entre 1996 e 2002, a África alcançou um progresso mais rápido na erradicação da Pólio do que qualquer outro continente. Entretanto, esses esforços testemunharam uma obstrução desde 2003 com a re-infecção de 12 países anteriormente livres-da-pólio, e a

triplicação dos casos de pólio na África Ocidental e Central nos anos passados (2003 e 2004).

Com o objectivo de atingir a erradicação da pólio até 2005, os Ministros da Saúde dos países informando ainda sobre os casos da pólio, reuniram-se em Genebra e adoptaram a **“Declaração de Genebra para a Erradicação da Poliomielite”** (Janeiro de 2004). A OMS, em parceria com a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI), lançaram uma campanha sincronizada de vacinação durante o mês de Outubro de 2004 em Kano, Nigéria, para cobrir todos os países afectados na África Ocidental e Central. Os Ministros da Saúde dos países afectados reuniram-se em Genebra durante o mês de Janeiro de 2005, para criar planos específicos dos países visando deter a transmissão do vírus da pólio, até 2005.

A erradicação da segunda doença na história servirá como o impeto para a abordagem, de forma efectiva, de outras questões pressionantes de saúde pública.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Comprometer-se publicamente na mobilização de todos os sectores dos países afectados com a pólio para assegurar que toda a criança seja alcançada durante cada ronda das actividades de imunização em 2005.

3. PRINCIPAIS QUESTÕES PARA ANÁLISE E ACÇÕES NECESSÁRIAS

Sistemas de Saúde Integrados e Funcionais

Sem um sistema integrado e funcional de saúde, pouco pode ser alcançado: alguns sistemas de saúde em África são desafiados a prestar, mesmo os cuidados básicos essenciais.

Se os programas contra a SIDA, Tuberculose, malária e outras principais doenças são considerados como “pacotes” que devem ser realizados, então o veículo – o sistema de saúde, deve ser capaz de as realizar.

Apesar de alguns países terem feito importantes progressos na melhoria dos seus sistemas de saúde após os impactos negativos do ajustamento estrutural e outros factores, muitos sistemas de saúde em África permanecem com um funcionamento muito débil para desempenhar a sua função. Por outro lado, as estratégias sanitárias são fragmentadas em esforços de doenças específicas, enquanto o VIH/SIDA, a Tuberculose, a Malária e outras doenças podem existir na mesma pessoa, família ou comunidade.

Um dos principais problemas intratáveis tem sido a inexistência de medicamentos acessíveis; e várias iniciativas, incluindo as regras de comércio, que têm demonstrado progressos nos últimos anos. Houve igualmente um aumento nos esforços para o alcance de novos e apropriados medicamentos e vacinas. Entretanto, a realidade é que muitos africanos não têm acesso a simples medicamentos básicos, e essa habilidade mundial para novas fórmulas, não está suficientemente explorada. Mesmo que haja acesso aos medicamentos, a distribuição efectiva dos mesmos, necessitaria de um sistema de saúde integrado que tivesse a vantagem de explorar as sinergias dos limitados recursos humanos e financeiros bem como de infraestruturas. Acrescentando, o crescimento da pobreza incluindo a fome, sub-nutrição e má-nutrição – criam as condições que afectam de forma adversa a eficácia dos medicamentos nos pacientes. Por outras palavras, as medicações não podem ser efectivas quando as pessoas não têm acesso à nutrição adequada, bem como à água potável e segura.

Uma vez que as doenças têm as suas raízes em muitos sectores – ex. Água, agricultura e transportes – todos os Ministérios têm uma função a desempenhar na luta contra a doença e todos os Ministros devem mobilizar acções para e assegurar que as suas estratégias são pro-sanitárias.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Criar uma equipa para assistir na elaboração de um plano para tornar um distrito após outro completamente funcionais, descentralizando a gestão operacional ao nível distrital.
- Mover para um processo de planeamento harmonizado para o desenvolvimento de sistemas de saúde que aborde sobre a equidade no acesso à cuidados para todo o povo.
- Criar Centros de Excelência Africanos e Instituições de Informação para incentivar o desenvolvimento dirigido de sistemas de saúde com apoio africano, tais como:

- Pesquisa e desenvolvimento sanitários, incluindo na medicina tradicional;
 - Produção local de genéricos e de Mosquiteiros Impregnados com Insecticida.
-
- Acelerar a remoção de barreiras tarifárias e não-tarifárias que impedem o acesso aos fármacos e outros produtos de saúde nos seus países;
 - Facilitar um processo para que todos os Ministros do Governo liderem funções sectoriais no combate multi-sectorial contra a doença.
 - Comprometer os divulgadores públicos a desempenhar uma função mais ampla e criativa na educação das comunidades acerca das acções que possam realizar para melhorar a sua própria saúde e cuidados.
 - Desempenhar a função pessoal na mobilização dos seus países acerca das principais medidas, tais como os mosquiteiros impregnados com insecticidas de longa-duração e a introdução de novas vacinas.
 - Solicitar a criação de um núcleo dos Ministros da Saúde para trabalhar estreitamente com a Comissão da União Africana para prestar liderança política contínua aos esforços sanitários continentais.
 - Acelerar a realização da funcionalidade sanitária nas Comunidades Económicas Regionais.

Recursos Humanos para a Saúde

Há uma crise nos recursos humanos para a Saúde: há escassez de cerca de 1 milhão de funcionários.

Sem um condutor o veículo – o sistema de saúde – não anda. Mas a realidade é que na África Sub-Saariana há somente 1,3% da força de trabalho sanitária mundial, apesar de sofrer com 25% dos encargos das doenças mundiais. A densidade da força de trabalho é de 0,8 por 1000 pessoas, comparada à média mundial de 4,2, e há, além disso, severos desequilíbrios entre as zonas urbanas e rurais. Os líderes africanos reconhecem a importância crítica dos Recursos Humanos para a Saúde e tentam abordá-la através de várias decisões e acções. Na Cimeira de

Durban (2002), os Chefes de Estado e de Governo adoptaram a Decisão sobre o Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, e acordaram realizar uma Cimeira Extraordinária sobre os Recursos Humanos para a Saúde em África. Declaram, igualmente 2005 como o ano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

Entretanto, os seus esforços têm sido obstaculizados pela perda de profissionais de saúde devido à migração. Se a África continuar a perder anualmente milhares dos seus profissionais de saúde, não poderá alcançar um sistema de saúde efectivo. Ainda assim, os países da OECD aparentemente tencionam depender na sua habilidade de atrair profissionais da saúde dos países em desenvolvimento. Apesar do previsto défice contínuo de dezenas de milhares de profissionais de saúde, não aumentam na formação. As propostas compensações de ajudas financeiras não resolvem o problema da existência de profissionais de saúde nos hospitais de África.

Mas a crise em termos de força de trabalho do sector da saúde em África vai mais à fundo do que a inexistência e a migração dos profissionais da saúde. O VIH/SIDA, por exemplo, tem um impacto profundo sobre os já sobrecarregados e perturbados trabalhadores da saúde. Há um crónico sub-investimento em recursos humanos para a saúde. Há desafios na formação, desenvolvimento, motivação e retenção, severos desequilíbrios urbano-rurais, débeis incentivos monetários e não-financeiros e a falta de competência técnica.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Assegurar que os seus países determinam as categorias de trabalhadores de saúde profissionais, auxiliares (nível-médio) e comunitários que servirão como a combinação dos recursos humanos para o país.
- Permitir o desenvolvimento de recursos humanos nacionais honorosos e planos de desenvolvimento, incluindo a revisão de pacotes e incentivos, especialmente para o funcionamento em áreas em desvantagem.
- Enviar os financiamentos para a criação de instituições de formação necessárias para a produção do número desejado de trabalhadores da saúde.
- Criar uma unidade de funcionários clínicos com formação multifacética como o núcleo de prestação de cuidados de saúde.

- Visitar pessoalmente as instituições de saúde e tornar públicas as suas apreciações pelos bons esforços dos trabalhadores da saúde empenhados.

Financiamento para a Saúde

Os financiamentos continuam a ser os maiores obstáculos: é necessário investimento e inovação de países e parceiros de desenvolvimento para prestação de serviços de cuidados de saúde efectivos.

As actuais despesas em muitos países é inferior a 20 \$EU per capita por ano, metade ou menos dos 35-40 \$EU mínimos necessários para o alcance da funcionalidade básica. A isto soma-se os 2,5% do PIB na saúde contra uma média mundial de 5,4%. Há evidências que alguns países estão de facto a aumentar as suas despesas com a saúde, mas muitos permanecem distantes dos 15% do orçamento público destinados para a saúde aos quais se comprometeram na Declaração de Abuja.

De igual modo, nos últimos anos, foram feitos aumentos nas ajudas de desenvolvimento para a saúde de 6 biliões de \$EU para 9 biliões de \$EU, mas este aumento de 3 biliões de \$EU mantem-se aquém dos 22 biliões de \$EU necessários. A primeira possibilidade real de colmatar esta diferença de forma significativa, vem da proposta Instituição Internacional de Financiamento para dirigir o encargo do apoio para o desenvolvimento.

Entretanto, os desafios financeiros são mais profundos do que simplesmente o total dos financiamentos disponíveis – há questões acerca da arquitectura dos financiamentos dos doadores, limites macro-económicos, harmonização dos doadores e capacidade de absorção.

Historicamente, muitos financiamentos dos doadores eram canalizados para projectos específicos, separados dos sistemas públicos e planos nacionais de saúde, algumas vezes estimulados pelas preocupações acerca da gestão dos fundos públicos. Isto levou à separação dos programas verticais que enfraqueciam os principais sistemas de saúde e afugentavam os funcionários essenciais. Há actualmente um movimento dentre os doadores no sentido de financiar orçamentos principais baseados em planos nacionais, especialmente onde haja boa gestão fiscal e habilidade para monitorização dos progressos para prestar evidência de efectividade. Há igualmente um movimento de doadores para harmonização os seus financiamentos, de modo a que todas as partes do sistema de saúde sejam cobertas.

Entretanto, as mudanças nos financiamentos positivos e a preparação de Estratégias de Redução da Pobreza (ERP) tornaram-se um sério obstáculo – limitações macro-económicas. Os financiamentos são geralmente comprometidos ou direccionados a cobrir ao crescimento total do orçamento público. A produção de Documentos das ERP que possam realmente ser executados pode exceder essas coberturas; e a questão colocada foi referente a onde os fundos adicionais poderiam ser encontrados, uma vez que o ciclo de doadores é completo. Houver várias respostas a este problema, incluindo a contemplação pelos doadores de ciclos mais longos, e alguns países produziam dois Documentos das ERP, um dentro das coberturas fiscais (e destinado a falhar) e outro com o que é necessário para alcançar os objectivos do Documento das ERP e dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Em todos há a necessidade para maior flexibilidade, incluindo a introdução de postos de contraste no sector público, renováveis com a disponibilidade de financiamentos.

Mas, os aumentos dos financiamentos dos doadores no sector da saúde e as coberturas orçamentais parecem ter produzido uma tendência não intencional. Alguns financiamentos parecem ter reduzido o seu próprio compromisso ao sector de saúde proporcional com o aumento do financiamento externo, resultando em despesas totais de saúde que não são mais altas que as anteriores. O objectivo de redução dos encargos das doenças torna-se deste modo sacrificado.

Os financiamentos são canalizados aos países de várias formas, incluindo garantias e empréstimos, ajudas bilaterais acordadas e sem acordos e por iniciativas sanitárias globais. A última desempenha uma função importante na abordagem dos interesses sobre a prestação de experiências para um desafio particular, mas é necessário assegurar que os seus esforços são integrados de forma efectiva nos sistemas dos países. De destaque entre estes é o Fundo Global de Combate ao SIDA, TB e Malária lançado pelo Secretário Geral das Nações Unidas, e validado pelos Chefes de Estado em Maputo, em 2003. Quando o Secretário Geral lançou o fundo, tencionava 10 biliões de \$EU por ano. Mesmo contando com financiamento posterior, os primeiros 10 biliões de \$EU ainda não foram atingidos.

O Fundo Global realizou uma contribuição importante e tem-se tornado mais receptivo a críticas e sugestões. Dentre as áreas a necessitar (e a receber) de atenção, está o porquê de vários países que empreenderam grandes esforços em propostas, ainda não foram financiados, o porquê do Painel de Peritos de Revisão Técnica ter somente 3 africanos dentre os seus 6 membros, o porquê dos relativos poucos financiamentos terem ido para o fortalecimento das áreas de sistemas de saúde e como acelerar a

distribuição de verbas. (Mais de 3 biliões de \$EU foram aprovados mas menos de 1 bilhão de \$EU distribuído). De igual modo, pelo facto das suas garantias terem sido no quadro dos financiamentos disponíveis, promoveu a falsa impressão de que a África não pode absorver mais financiamentos para a saúde.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Dirigir as despesas no sector da saúde dos seus países para avaliar o progresso relativamente ao compromisso de alcance dos 15% do orçamento público para a saúde.
- Aconselhar os financeiros a não reduzir as despesas de saúde se os financiamentos dos doadores aumentarem e retirar as coberturas orçamentais que sejam honorosas para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.
- Aconselhar as Comissões Públicas/de Serviços Cívicos a criar um mecanismo para contratos renováveis de emprego dos funcionários de modo que a preocupação de enveredar para compromissos futuros sem financiamentos seja prevenida.
- Expressar apoio às mudanças na arquitectura dos financiamentos de doadores que possa encaminhar à colocação, em primeiro lugar, das ajudas, do apoio e harmonização do orçamento principal.
- Solicitar o refinanciamento do Fundo Global e questionar ao Fundo que informe sobre os progressos sobre esta e as medidas para aumentar a proporção de propostas financiáveis, a representação africana no Painel de Revisão Técnica e acelerar a distribuição dos financiamentos.
- Solicitar sobre as iniciativas globais sanitárias para operar no quadro dos planos de saúde dos países.

Monitorização e Avaliação

Aprender da monitorização e da avaliação é essencial para inculcar a confiança e fortalecer os desenvolvimentos: os mecanismos múltiplos em vigor causam duplicação e dificultam e necessitam ser harmonizados

Um dos desafios que a África enfrenta é o de estar capacitada a dirigir de forma sustentável o progresso dos esforços do seu sector de saúde e rapidamente apreender de/e partilhar os seus sucessos. Esta dificuldade

foi aumentada pelas múltiplas necessidades de informação das agências internacionais e dos doadores, que levaram à duplicação dos esforços e ao uso ineficaz dos limitados recursos. A recentemente estabelecida Rede Métrica Sanitária (Health Metric Network) tenciona harmonizar este esforço e desenvolver habilidades para tal, porquanto o proposto Sistema de Observatório Sanitário Africano irá avaliar os dados importantes dos países e organizá-lo em análises continentais de fácil uso.

Houve desenvolvimentos positivos recentemente nas pesquisas sanitárias, mas a habilidade de pesquisas da África para fornecer informação com vista a melhorar a capacidade das políticas e práticas sanitárias permanece muito limitada. A produção e retenção da capacidade de pesquisa é um desafio. O fosso de 10/90 – 10% das pesquisas para 90% dos problemas de saúde mundiais continua a subestimar os esforços no continente para reduzir o fardo da doença.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Solicitar o reforço das componentes sanitárias do Mecanismo Africano de Revisão de Paridade.
- Acelerar os esforços para a criação de um Sistema de Observatório de Saúde Africano.
- Expressar apoio às iniciativas tendentes à melhoria das capacidades de pesquisa de África.

Melhoria da Capacidade de Resposta do Continente

A AIDS Watch África (AWA) está a ser fortalecida para galvanizar as respostas continentais às crises de VIH/SIDA. Os líderes africanos estão convencidos de que o “Renascimento Africano é Agora” e comprometem-se a envidar esforços a todos os níveis para acelerar o fim da pandemia do VIH/SIDA. Para apoiar este compromisso, foi criado um Secretariado no Departamento dos Assuntos Sociais da Comissão da União Africana para, entre outras, desenvolver um plano de acção para a AWA.

A Estratégia de Saúde da UA/NEPAD, adoptada em 2002, reconhece a importância de uma metodologia ampla e integrada para a abordagem dos desafios, ultrapassagem dos mecanismos desajustados de que se caracterizaram muitos dos esforços anteriores. A Estratégia de Saúde é acompanhada por um Programa de Acção Inicial, que tende a estabelecer uma base sólida para a sua implementação.

A Comissão da União tem como um dos seus programas prioritários, no seu plano estratégico, o combate ao VIH/SIDA, malária, tuberculose e

outras doenças contagiosas. O processo iniciou para o desenvolvimento de um plano estratégico de VIH/SIDA da Comissão da União Africana de modo a prestar um roteiro visando assistir a Comissão na implementação do seu programa prioritário sobre o VIH/SIDA.

Os Chefes de Estado e de Governo devem:

- Expressar o seu apoio às iniciativas, tanto continentais como internacionais, organizadas por vários parceiros tendentes à prestar uma resposta continental às pandemias.
- Assegurar que as Estratégias de Saúde da NEPAD sejam incorporadas nos planos de saúde dos seus países e que o Programa de Acao Inicial seja implementado o mais urgente possível.

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

2005-01-28

Interim Situational Report on HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria and Polio: Framework on Actions to Accelerate Health Improvement in Africa

African Union

DCMP

<https://archives.au.int/handle/123456789/8570>

Downloaded from African Union Common Repository