



DIÁLOGO SOBRE A SAÚDE

Relatório de base 1



CONECTAR • PARTILHAR • REFORMAR



CABRI Diálogo Sobre a Saúde

*Optimização dos recursos no sector da saúde:
Planeamento de políticas e orçamentos*

Relatório de base 1

O desafio da saúde em África e seu
contexto institucional



Índice

Lista de tabelas e figuras	1
Acrónimos e siglas	2
1. Objectivo e apreciação global	4
2. Definição dos desafios de saúde em África	4
2.1 Apreciação global	4
2.2 Gana 2001	5
2.3 Análise dos aspectos do lado da oferta	7
2.4 Factores impulsionadores da procura de cuidados de saúde	7
2.5 Panorâmica dos resultados, produtos e subsídios	7
3. Estado de saúde e carga da doença (resultados para a saúde)	8
3.1 Esperança de vida	8
3.2 Mortalidade adulta	10
3.3 Mortalidade infantil	12
3.4 Mortalidade materna	13
3.5 Carga da doença	13
4 Prestação dos serviços de saúde (resultados)	16
5 Financiamento e subsídios para o sector da saúde	19
5.1 Despesa geral no sector da saúde	19
5.2 Recursos humanos	22
6 Interligações entre insumos, resultados e produtos	24
7 Contextualização dos sistemas de saúde	26
7.1 Funções dum sistema de saúde	26
7.2 Generalizações sobre as modalidades de sistemas de saúde	29
7.3 Fontes de despesa na área da saúde em África	31
7.4 Políticas e reformas em África	34
7.5 Reforma da gestão das finanças públicas	38
8. Conclusão	39
Referências/Bibliografia	41



Lista de tabelas

Tabela 3.1	Esperança de vida, 1990 - 2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global	9
Tabela 3.2	Taxas de mortalidade adulta, 1990 – 2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global	11
Tabela 3.3	Mortalidade neonatal e infantil, 1990 - 2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global	12
Tabela 3.4	Carga da doença, AVAI, região África da OMS	15
Tabela 4.1	Indicadores seleccionados relativos à prestação de serviços de saúde (crianças) em países africanos seleccionados (mais altos e mais baixos) e por regiões da OMS a nível internacional	17
Tabela 4.2	Desigualdades na cobertura da vacinação contra o sarampo - países africanos seleccionados (rácio urbano-rural por ordem decrescente)	18
Tabela 4.3	Indicadores seleccionados de prestação de serviços de saúde (saúde materna/reprodutiva) em países africanos seleccionados (mais baixos e mais altos) e regiões da OMS a nível global	19
Tabela 5.1	Despesa na saúde como proporção do PIB, e despesa pública na área da saúde como proporção de toda a despesa pública em países africanos seleccionados (mais baixa e mais alta) e regiões da OMS a nível global	21
Tabela 5.2	Indicadores dos profissionais de saúde e disponibilidade de camas hospitalares	23
Tabela 6.1	Indicadores de resultados de saúde, prestação de serviços e subsídios: Países subsarianos e outros grupos de países	25
Tabela 7.1	Despesa pública e privada na saúde como proporção do total da despesa na área da saúde – países africanos seleccionados (da proporção de despesa pública mais alta para a mais baixa) e regiões da OMS a nível global	32



Lista de figuras

Figura 2.1:	Cadeia de resultados	8
Figura 3.1:	Componentes e factores determinantes do estado de saúde (relação causa-efeito de consequência para a saúde – esquema geral)	14
Figura 3.2:	Carga da doença por grupo geral de causas e região, 2004	16
Figura 5.1:	O desafio da saúde em África: dados comparativos de taxas de doença, insumos e recursos	20
Figura 5.2:	Factores impulsionadores e desafios para os profissionais de saúde	22
Figura 5.3:	Quantidade de médicos por 10,00 habitantes nos países africanos	23
Figura 5.4:	Quantidade de enfermeiros e parteiros por 10,000 habitantes nos países africanos	24
Figura 7.1:	Funções e objectivos dos sistemas de saúde	27
Figura 7.2:	Modalidades principais de sistemas de saúde	29
Figura 7.3:	Características dos sistemas de saúde de países seleccionados, com destaque para o financiamento (cobrança de receitas, agrupamento, aquisição) e prestação de serviços	30
Figura 7.4:	Financiamento e prestação de cuidados médicos na Argentina	31
Figura 7.5:	Esquema de um sistema de saúde histórico centralizado	37
Figura 7.6:	Actores e elementos principais do processo de GFP	38



Acrónimos e siglas

CABRI	<i>Collaborative Africa Budget Reform Initiative</i> Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África
ADS	Ajuda de desenvolvimento para a saúde
DALY	<i>Disability-adjusted life-year</i> Anos de vida com ajustamento pela deficiência
CGD	(Quadro de) Carga global de doença
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
HALE	<i>Healthy life expectancy</i> Esperança de vida saudável
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SFI	Sociedade Financeira Internacional
FMI	Fundo Monetário Internacional
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
IRIN	<i>Integrated regional information networks</i> Redes integradas de informações regionais
TRO	Terapia de reidratação oral
GFP	Gestão das finanças públicas
AVAI	Anos de vida ajustados por incapacitação
SWAp	Abordagem sectorial
TB	Tuberculose
OMS	Organização Mundial da Saúde
YLL	<i>Years of life lost to premature mortality</i> Anos de vida perdidos por morte prematura
YLD	<i>Years of healthy life lost as a result of disability</i> Anos de vida saudável perdidos por incapacidade



1. Objectivo e apreciação global

Este relatório¹ tem por objectivo fazer uma apreciação geral dos desafios que incidem sobre o sector da saúde em África e analisar as políticas e as opções de reforma para assegurar a optimização dos recursos no domínio da saúde em África.

A Secção 2 deste relatório oferece algumas perspectivas sobre os desafios da saúde em África, começando pelo caso específico do Gana e depois passando para algumas análises recentes. Introduce a noção da cadeia de resultados, ligando os insumos, os produtos e os resultados. A optimização dos recursos passa pela maximização dos impactos com recursos limitados, e é determinada pela relação entre insumos, produtos e resultados.

As Secções 3 a 5 documentam os desafios da saúde em África de forma mais sistemática ao analisar os dados mais recentes, comparando os produtos, os resultados e os insumos principais no domínio da saúde em África aos das outras regiões, ao assinalar as diferenças significativas entre os países africanos no que respeita aos indicadores da saúde.

A Secção 6 resume e sintetiza a análise das secções anteriores, ao sublinhar a carga pesada e variável de África. Embora os resultados fracos em África estejam associados aos níveis baixos de insumos e financiamentos, está patente que, à semelhança do sector da saúde noutras regiões, existem oportunidades significativas para concentrar nas eficiências e melhorar a optimização dos recursos. À luz da situação no sector da saúde noutras regiões, existe ampla oportunidade para tirar partido das eficiências e melhorar a optimização dos recursos. Face à situação da saúde em África, este foco é fundamental.

A Secção 7 passa em revista o conjunto de estudos recentes sobre a optimização dos recursos e reformas do sector da saúde para apresentar opções de quadros políticos, ou alavancas, para melhorar a eficiência no sector da saúde. Este debate assenta inevitavelmente na compreensão das funções basilares de um sistema de saúde, com uma revisão e descrição dos componentes da função de financiamento dos serviços de saúde e aspectos da realidade africana.

A conclusão realça as áreas principais e aponta para os temas susceptíveis de serem abordados em diálogos futuros.

2. Definição dos desafios de saúde em África

2.1 Apreciação global

Existem várias formas de encetar o debate sobre os desafios em África no domínio da saúde. A comunidade de saúde tem vindo a registar progressos no sentido de divulgar informação sobre a situação e os sistemas de saúde nos países, e ao criar bases de dados comparativos.

Começamos aqui com o caso específico do Gana. Depois concentramo-nos em duas avaliações recentes, uma da Organização Mundial da Saúde (OMS), e outra de dois investigadores, ambas as quais oferecem perspectivas um tanto ou quanto diferentes. Esta secção depois passa a introduzir os indicadores-chave relativos aos resultados, aos serviços prestados e ao financiamento/subsídios, apresentando também as provas mais recentes em relação a África.

¹ Este relatório foi elaborado por John Kruger para o diálogo da CABRI subordinado à definição de políticas e planos para o sector da saúde. O diálogo decorreu em Nairobi a 4-5 de Abril de 2011.



2.2 Gana 2001

Em 2001, Richard Horton, o editor da revista *The Lancet*, num artigo da sua autoria, investigou alguns aspectos do sistema de saúde e as reformas registadas no Gana, sugerindo, logo no título do artigo, que as condições no Gana 'definem o desafio africano'. Parte do seu artigo está reproduzida na Caixa 2.1.

Caixa 2.1: Uma situação de saúde – Gana 2001

'Sala D3, Hospital Universitário Komfo Anokye, Kumasi: Prof T C Ankrah, professor catedrático de medicina e recém-eleito Membro da Ordem dos Médicos de Londres, conduz a sua equipa a um doente de 16 anos sofrendo de um enorme inchaço no lado esquerdo do rosto . O rapaz quase que nem pode falar. Sussurrando, explica que o inchaço começou a manifestar-se há apenas 3 semanas. Ele vive numa aldeia a 36 milhas de distância da cidade e tem estado ausente da escola durante 4 meses. Um exame revela uma massa maxilar causando desfiguramento do lado esquerdo do rosto, com várias massas abdominais claramente visíveis. Uma aspiração com uma agulha fina de um destes inchaços superficiais abdominais revelou uma combinação de linfócitos grandes e pequenos.

O tratamento da linfoma de Burkitt devia ser simples. A ciclofosfamida está associada à lise rápida de tumores. O Prof. Ankrah começou o tratamento com dexametasona para reduzir a edema, mas surgiu uma dificuldade. A farmácia hospital não possui ciclofosfamida. Os pais do rapaz terão de encontrar forma de comprar o medicamento numa das centenas de farmácias privadas na cidade. O tratamento da linfoma de Burkitt requer 1000 mg de ciclofosfamida por metro quadrado cada 2-3 semanas, seguido de dois tratamentos de acompanhamento após a remissão. Isto equivale a uns 1500 mg por tratamento para este jovem; pelo menos cinco tratamentos serão necessários.

Vamos conversar com o farmacêutico do hospital para saber se espera receber ciclofosfamida nos próximos dias. Se tivessem este medicamento à disposição, cada grama custaria 24000 cedi (5000 cedi equivale a umas 0.50 libras inglesas). O farmacêutico responde que não prevê receber o medicamento. Prefere não manter o medicamento em stock porque a procura é irregular. O contabilista do hospital Komfo Anokye concorda com ele. Informam-me que até dois entre cada cinco doentes saem do hospital sem pagar. Os médicos e os farmacêuticos foram instados a recuperar os custos antes de oferecerem cuidados ou tratamento. Cada doente deve pagar 100 000 cedias ao hospital antes de ser admitido. Cada curativo, seringa, agulha e par de luvas é registado pelo enfermeiro na ficha do doente.

Todo o alojamento, saneamento, alimentação e diagnósticos devem ser pagos. Este é o mundo pernicioso das taxas moderadoras – ou "cash and carry", conforme é conhecido pelos ganeses. O Prof. Ankrah acompanha-nos a duas farmácias privadas nas redondezas do hospital. Uma não possui ciclofosfamida. A outra tem-na - 1g custa 35 000 cedias, equivalendo a um valor superior a 250 000 cedi a ser custeado pelos pais do rapaz. Para uma família camponesa que consegue apenas uma produção de subsistência, e que já pagou 100 000 cedi pelo privilégio de ocupar uma cama no hospital, este valor está muito além das suas posses. Será que este rapaz conseguirá obter o tratamento de que precisa? A equipa médica concorda que as perspectivas não são positivas.'



Este exemplo faz ressaltar várias componentes ligadas aos desafios que se registam na área da saúde em África. Em primeiro lugar, este exemplo aponta para o facto de que muitos africanos sofrem e morrem de doenças bem conhecidas e de fácil tratamento.

Neste caso, o rapaz pode não receber o tratamento para a sua condição médica porque o medicamento apropriado não está disponível no sector público. Embora o medicamento esteja disponível no sector privado, o custo é proibitivo, face à situação socioeconómica do rapaz e dos seus pais. Isto indica que as taxas moderadoras ou pagamentos directos constituem um obstáculo ao tratamento e condicionam o acesso aos serviços de saúde. Nem que o medicamento estivesse disponível no sector público, o custo do mesmo continuaria a representar um obstáculo. Nem que a família pudesse pagar o medicamento, o custo do atendimento médico constituiria uma grande dificuldade para as finanças da família, e poderia ser catastrófico. Os aspectos-chave aqui levantados são os sistemas de abastecimento no sector público, os níveis de financiamento e os mecanismos para o financiamento dos cuidados de saúde (neste caso, o atendimento num hospital público exige uma comparticipação por parte dos privados).

Embora o desfecho deste caso seja desconhecido, revela que certas componentes dos serviços de saúde estão disponíveis em várias áreas. Este rapaz terá acesso ao tratamento hospitalar e ao pessoal médico apropriado, mas a um custo que terá efeitos prejudiciais para a família. Em muitas zonas do Gana e, aliás, em quase todos os países em África, o pessoal médico não está 'facilmente' acessível. Uma característica importante identificada por Horton é a desigualdade no que respeita ao acesso ao atendimento e ao pessoal médico nas diferentes zonas do Gana. Os obstáculos incluem a distância dos serviços (indisponibilidade de serviços) e a falta de pessoal. O Sul do Gana está mais bem servido (embora registando carências, conforme ilustra o exemplo citado por Horton) que as zonas rurais escassamente povoadas no norte do país.

O Director Regional da Saúde para a Região Norte, numa entrevista com Horton, referiu aos seguintes factores:

- êxodo de médico, enfermeiros e técnicos para o sul do país;
- escassez de instalações de formação para o pessoal;
- poucos incentivos materiais para atrair novamente os médicos para a zona;
- ausência de infra-estruturas de apoio aos médicos; e
- necessidade de descentralizar os recursos e estruturar as carreiras dos profissionais de saúde.

A descentralização de recursos exige mudanças aos sistemas de financiamento e aos mecanismos de dotação de verbas. A justificação avançada pela não descentralização do financiamento ('capacidade administrativa para gerir orçamentos avultados simplesmente não existe na região') também levanta perguntas, sejam elas reais ou presuntivas, sobre as capacidades e sistemas de gestão.

Ao referir a outros obstáculos ao acesso aos serviços de saúde no Gana (como transportes, equipamentos, oportunidades profissionais, pesquisa e formação), Horton também oferece provas de progressos e soluções inovadoras. Em particular, refere-se à introdução de um sistema de proximidade na região norte, utilizando motocicletas para visitar as aldeias e recorrendo aos membros das comunidades (alguns dos quais são analfabetos) para registar ocorrências de carácter médio (incidente, tratamento, e resultados) e avaliar os impactos das intervenções. O uso de motocicletas nas visitas às aldeias foi uma inovação importante. Além do acompanhamento, os voluntários também realizam acções de sensibilização. Parceiras com a devida formação suplementam os voluntários. Alguns relatam progressos. Porém, o melhor acesso a serviços faz aumentar as expectativas, e os líderes comunitários agora



enfrentam o problema de transporte para os centros de saúde oferecendo atendimento mais especializado.

Muito tem mudado no Gana desde 2001, e o nosso primeiro estudo de caso analisa algumas das reformas, com maior destaque para a saúde materna e infantil.

2.3 Análise dos aspectos do lado da oferta

Kirigia e Barry (2008) identificam alguns aspectos do lado da oferta que surgem do exemplo do Gana. Analisam os subsídios (como trabalhadores de saúde) bem como os aspectos associados ao sistema de saúde em geral. Classificam os desafios no sector de saúde em África nas seguintes seis categorias:

- desafios de liderança e de governação;
- escassez de (e desigualdades entre) trabalhadores de saúde;
- corrupção e ineficiências nos sistemas de oferta ('corrupção desmedida e ineficiências nos sistemas de aquisição de produtos e tecnologias médicas, sistemas de abastecimento pouco fiáveis, preços excessivos, uso indevido, grandes divergências de qualidade e segurança');
- falta de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e conhecimentos fracos para desenvolver sistemas de gestão de informação de saúde;
- problemas com o financiamento dos serviços de saúde (investimento baixo, ausência de políticas de financiamento e de planos estratégicos, taxas moderadoras excessivas, redes de apoio social deficientes, fraca gestão financeira); e
- organização e gestão deficientes dos serviços de saúde e fraco acesso a serviços de saúde de qualidade e a serviços básicos/saúde ambiental (saneamento, água potável, etc.).

2.4 Factores impulsionadores da procura de cuidados de saúde

Um relatório da Organização Mundial da Saúde, relativo ao ano 2006, faz referência 'ao progresso registado até à data no combate às doenças e promoção da saúde na região de África', estudando 'histórias de sucesso' e examinando 'áreas em que é necessário mais esforço'. A 'mensagem central' destaca o facto de que o desenvolvimento socioeconómico em África depende do melhoramento da saúde das pessoas, que a grande maioria das intervenções são conhecidas e que os factores críticos para prestar estes serviços às pessoas que deles necessitam residem no melhoramento dos sistemas de saúde.

O relatório apontou para as cinco grandes áreas de progresso, obstáculos e estratégias principais (OMS 2006):

- a 'epidemia silenciosa' das mortes maternas e infantis;
- 'um vasto leque de doenças infecciosas preveníveis e curáveis';
- crescente pressão de doenças não contagiosas, saúde mental e lesões;
- um ambiente que produz riscos significativos para a saúde; e
- criar ou reforçar sistemas de saúde fracos e/ou disfuncionais.

2.5 Panorâmica dos resultados, produtos e subsídios

Os desafios em África, no que tange ao sistema de saúde, constituem uma lista extensa e, conforme acima indicado, existem vários pontos de entrada. A divergência de perspectivas dá origem a problemas na resolução destes desafios. É comum os departamentos responsáveis

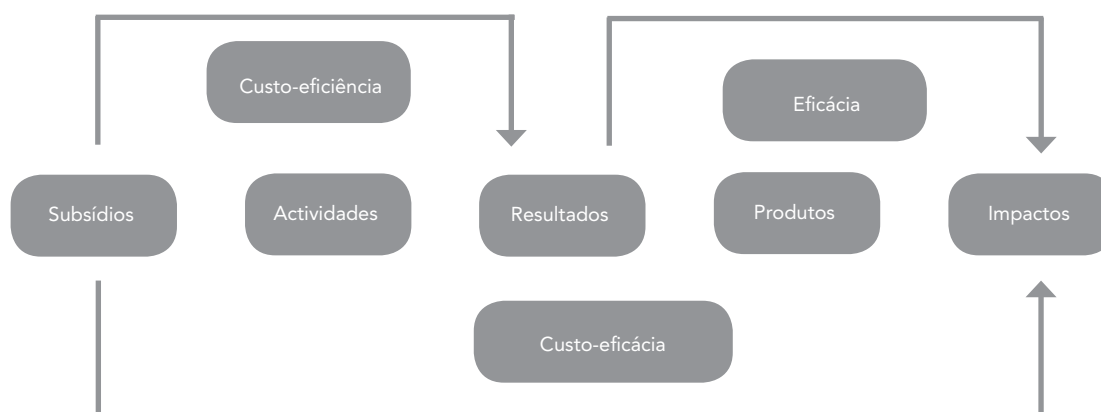


pelas finanças e os departamentos responsáveis pela saúde divergirem quanto aos principais problemas. Enquanto que os departamentos de saúde se queixam da falta de financiamento, e os prestadores dos serviços reclamam a falta de autonomia, os departamentos de finanças queixam-se da falta de capacidades (recursos humanos, cadeia de abastecimento e gestão financeira) e das ineficiências daí resultantes.

Com o intuito de desenvolver um quadro comum, a secção seguinte insere as componentes do desafio africano no quadro da 'cadeia de resultados' (ver a Figura 2.1): o fluxo dos subsídios financeiros e de outros subsídios para o sistema de saúde (afecção de verbas, recursos humanos, outros subsídios não relacionados com os recursos humanos, como medicamentos), para as respectivas actividades e resultados (por exemplo, o número de consultas hospitalares e vacinas administradas) e para os produtos (estado de saúde da população).

O foco sobre as componentes da cadeia de resultados também fornece uma primeira definição da relação qualidade-preço entre os subsídios e os resultados, definida na Figura 2.1 como custo-eficácia.

Figure 2.1: Cadeia de resultados



Fonte: International HIV/AIDS Alliance (2010)

3. Estado de saúde e carga da doença (resultados para a saúde)

Qualquer debate sobre a política de saúde deve começar pelo conhecimento da dimensão dos problemas de saúde. (Banco Mundial 1993)

A região de África 'regista a maior carga da doença e a esperança média de vida mais baixa no mundo'. (Kirigia et al. 2006)

O estado de saúde de uma população é normalmente medido pelas taxas de mortalidade, morbidez (enfermidade) e esperança de vida.

3.1 Esperança de vida

Em 1993, o Banco Mundial afirmou que: 'A esperança de vida melhorou mais nos últimos quarenta anos do que durante toda a história da humanidade até à data. Em 1950, a esperança de vida nos países em desenvolvimento era de quarenta anos; em 1990, havia aumentado para sessenta e três anos.' O relatório também indicou que 'não só estas melhorias se traduzem em ganhos significativos para o bem-estar, mas também reduzem o fardo económico imposto



pelos trabalhadores doentes ou crianças ausentes da escola. Em parte, estes sucessos tiveram como origem o aumento dos rendimentos e das taxas de escolaridade em todo o mundo e, em parte, graças aos esforços dos Governos no sentido de expandir os serviços de saúde que, além disso, foram enriquecidos pelo progresso tecnológico. (Banco Mundial 1993)

Embora a África Subsariana tivesse registado a melhoria mais baixa durante o período de 1950 a 1990, com a esperança de vida a aumentar de 39 a 52 anos, o progresso, mesmo assim, foi rápido, de uma perspectiva histórica. Embora o aumento dos rendimentos médios esteja positivamente associado a uma esperança de vida mais elevada, o Banco Mundial (1993) demonstrou que as taxas de pobreza e o nível de despesa pública no sector da saúde são as forças motrizes para a redução da esperança de vida. Um estudo entre os países em desenvolvimento revelou que 'cerca de um terço dos efeitos do crescimento económico sobre a esperança de vida foi produzido pela redução da pobreza e os restantes dois terços pelo aumento da despesa pública no sector da saúde'.

O aumento da esperança de vida em África foi invertido nos anos noventa do séc. XX: 'A esperança de vida à nascença nesta região era de 45 anos em 1970. Isto subiu para 49.2 anos nos finais da década de 1980 mas caiu durante os anos noventa e inícios da década de 2000 para apenas 47 anos. Em geral, a esperança de vida para as pessoas nascidas na região africana em 2002 seria de 54 anos, não fossem os quase seis anos de vida perdidos devido exclusivamente ao impacto do VIH/SIDA' (OMS 2006b).

A Tabela 3.1 contém as estimativas da OMS relativas ao ano 2008 no tocante à esperança de vida nas diferentes regiões da OMS e em países africanos seleccionados. Revela que, comparativamente a outras regiões, a esperança de vida em África é baixa, tendo aumentado muito ligeiramente durante o mesmo período, após ter descaído em meados do período. A tabela também indica as variações que se registam em África. Embora alguns países no norte de África e algumas economias insulares tenham continuado a registar um progresso positivo, a esperança de vida sofreu uma queda dramática em países com o Lesoto e o Zimbabwe.

Tabela 3.1: Esperança de vida, 1990 - 2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global

Estado membro da OMS	Esperança de vida à nascença (anos) Ambos os sexos		
	1990	2000	2008
Tunisia	70	73	75
Maurícias	69	71	73
Jamahiria Árabe Líbia	69	71	73
Marrocos	65	70	72
Seicheles	69	72	72
Argélia	66	69	71
República Democrática do Congo	49	47	48
Somália	46	48	48
Lesoto	61	50	47
Chade	49	47	46
Angola	42	44	46
Zimbabwe	61	44	42



Região OMS			
African	51	50	53
Américas	71	74	76
Sudeste Asiático	58	62	65
Europa	72	72	75
Mediterrâneo Oriental	61	63	65
Pacífico Ocidental	69	72	75
Escala de rendimento (global)			
Baixo rendimento	54	55	57
Rendimento médio-baixo	62	65	67
Rendimento médio-alto	68	69	71
Rendimento alto	76	78	80
Global	64	66	68

Fonte: OMS (2010a)

3.2 Mortalidade adulta

A mortalidade adulta é normalmente medida pela probabilidade de um jovem de 15 anos falecer até à idade dos 60 anos (ou o chamado '45q15'), expresso por 1,000 habitantes (OMS 2006; Rajaratnam et al. 2010a). As mais recentes estimativas da OMS referem-se a 2008 (OMS 2010a). Rajaratnam et al. (2010a) fornecem novas estimativas para 187 países, relativas aos anos 1970, 1990 e 2010. Justificaram este seu exercício pelas 'diferenças significativas' noutras estimativas, principalmente as do Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da OMS, e a falta transparência e replicabilidade das outras abordagens. Classificam os países africanos subsarianos em cinco grupos, em função dos perfis epidemiológicos e factores geográficos, designadamente, central, oriental, austral e ocidental. Os países do norte de África, nomeadamente a Argélia, o Egipto e o Marrocos integram-se no grupo de países do Médio Oriente. Embora os dados avançados por Rajaratnam et al sejam mais recentes e baseados em metodologias aperfeiçoadas, as médias regionais não foram publicadas, pelo que tivemos de recorrer à base de dados da OMS em certos casos. Outra razão por recorrer à base de dados da OMS é que esta dispõe de dados mais abrangentes.

De acordo com Rajaratnam et al. (2010a), em 2010, a taxa de mortalidade adulta entre os homens a nível global é mais elevada na Swazilândia (765 por 1 000) e entre as mulheres, na Zâmbia (606 por 1 000), reflexo do diferencial geral na taxa de mortalidade adulta entre homens e mulheres. Isto contrasta com as taxas de mortalidade adulta mais baixas no mundo: na Islândia, para os homens (65 por 1,000) e em Chipre, para mulheres (38 por 1,000). As taxas de mortalidade feminina mais baixas em África, em 2010, foram registadas na Tunísia (56 por 1000) seguida de Cabo Verde (93 por 1,000), com a maioria dos países registando taxas de entre 200 e 606 por 1,000, como é o caso da Zâmbia. A Tunísia também registou a taxa de mortalidade masculina mais baixa em África (109 por 1000), seguida de São Tomé e Príncipe a (201 por 1,000), com a maioria das taxas a variarem entre 300 e 765, como no caso da Swazilândia.

A Tabela 3.2 contém as estimativas das taxas de mortalidade para adultos publicadas pela OMS, relativas aos anos 1990, 2000 e 2008 para os países africanos com as taxas de mortalidade mais baixa e mais alta, bem como para as regiões internacionais da OMS e agrupamentos de países. A OMS calcula que a taxa de mortalidade adulta média em África



subsariana em 2008 fosse 392 por 1,000, o que excede significativamente a média global de 180 e de todos os outros agrupamentos de países. Em 2008, a taxa de mortalidade feminina era de 374 por 1,000, em comparação à taxa de mortalidade masculina de 412 por 1,000.

A tabela também revela que embora muitos países africanos tivessem registado melhoramentos constantes nos últimos anos, a mortalidade adulta piorou significativamente nalguns países, sobretudo nos países da África austral. Rajaratnam et al. (2010a) concluíram que, embora 'entre 1970 e 2010, a África Subsariana tivesse registado um aumento significativo na taxa de mortalidade adulta em razão da epidemia do VIH ... em todas as regiões de África subsariana, as taxas de mortalidade adulta, tanto masculina como feminina, registaram um decréscimo desde 2005, em parte como resultado da redução da seroprevalência e talvez também devido ao melhor acesso ao tratamento anti-retroviral'.

Tabela 3.2: Taxas de mortalidade adulta, 1990–2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global

Estado membro	Estado membro Ambos os sexos		
	1990	2000	2008
Tunísia	124	117	103
Marrocos	164	135	118
Argélia	181	153	132
Jamahíria Árabe Líbia	178	156	138
Maurícias	193	172	160
Zâmbia	352	632	515
África do Sul	271	392	520
Swazilândia	230	444	620
Lesoto	251	521	685
Zimbabwe	285	711	772
Amplitude de valores nacionais			
Minímo	60	57	53
Médio	206	197	175
Máximo	774	711	772
Região OMS			
África	371	421	392
Américas	162	140	126
Sudeste Asiático	274	252	218
Europa	157	165	149
Mediterrâneo Oriental	242	217	203
Pacífico Ocidental	165	132	113
Escala de rendimento			
Baixo rendimento	331	345	310
Rendimento médio-baixo	227	205	178
Rendimento médio-alto	195	206	191
Rendimento alto	117	98	87
Global	210	200	180

Fonte: OMS (2010a)



3.3 Mortalidade infantil

Em 2008, a África Subariana registou quase 50% de todas as mortes infantis (Rajaratnam 2010 b). Conforme indica a Tabela 3.3, a mortalidade infantil em África mantém-se elevada, com uma probabilidade de cerca de 142 mortes por 1,000 nados-vivos até à idade dos 5 anos em 2009, comparado com a média global de 63 por 1,000 (uma média semelhante à do sudeste asiático). Porém, à semelhança do resto do mundo, as taxas de mortalidade infantil têm registado um decréscimo em África - de 182 por 1,000 nados-vivos em 1990 para 165 em 2000 e para 142 em 2008. No que respeita à evolução, o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME 2010a) afirma que:

- 'em 13 regiões do mundo, inclusive em todas as regiões de África subsariana, existem provas de que a queda se acentuou no período 2000 - 2010, face ao período 1990 - 2000'; e
- 'em África subsariana, a redução aumentou a uma taxa superior a 1% em Angola, Botswana, Camarões, Congo, República Democrática do Congo, Quénia, Lesoto, Libéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Swazilândia, e Gâmbia'.

Tabela 3.3: Mortalidade neonatal e infantil, 1990 - 2008, países africanos seleccionados (mais altas e mais baixas) e por grupos de países a nível global

Estado Membro	ODM 4 Taxa de mortalidade infantil (probabilidade de morte até 1 ano Idde idade por 1000 nados-vivos)			Taxa de mortalidade para menores de 5 anos Probabilidade de morte até aos 5 anos por 1000 nados-vivos)		
	1990	2000	2008	1990	2000	2008
Ambos os sexos						
	1990	2000	2008	1990	2000	2008
Seicheles	15	12	10	17	14	11
Maurícias	21	16	14	23	18	16
Jamahiria Árabe Líbia	33	22	15	38	24	17
Tunísia	40	23	18	50	27	21
Egipto	66	38	20	89	47	23
Guiné-Bissau	142	129	117	240	218	195
Somália	119	119	119	200	200	200
Chade	120	122	124	201	205	209
República Democrática do Congo	126	126	126	199	199	199
Angola	154	141	130	260	238	220
Amplitude de valores nacionais						
Minímo	5	3	1	6	3	2
Médio	37	28	21	46	34	23
Máximo	168	165	165	305	257	257
Região OMS						
África	108	98	85	182	165	142
Américas	33	22	15	41	27	18
Sudeste Asiático	80	63	48	113	87	63
Europa	27	18	12	32	22	17



Mediterrâneo Oriental	77	66	57	105	90	78
Pacífico Ocidental	36	28	18	46	34	21
Escala de rendimento						
Baixo rendimento	101	88	76	158	137	118
Rendimento médio-baixo	64	55	44	91	78	63
Rendimento médio-alto	37	26	19	45	32	23
Rendimento alto	10	7	6	12	8	7
Global	62	54	45	90	78	65

Fonte: OMS (2010a)

3.4 Mortalidade materna

Numa actualização recente sobre o progresso global no sentido de reduzir a mortalidade materna e infantil (ODM 4 e 5) o IHME (2010a) afirma que:

Como percentagem da mortalidade adulta global, a mortalidade materna representa uma fracção ínfima. Mas as estatísticas suscitam preocupações, por duas razões. Primeiro porque as mortes maternas são tipicamente evitáveis, até mesmo em situações de baixo rendimento. Segundo, a mortalidade materna é reflexo da solidez geral do sistema de saúde de um país.

Uma gravidez pode pôr em prova quase todos aspectos de um sistema de saúde: cuidados preventivos, aconselhamento, cirurgia, tratamento medicamentoso, acompanhamento, e cuidados de emergência. O número de mulheres que morrem por causas maternas revela que, historicamente, os sistemas de saúde de muitos países reprovam esse teste.

Os países africanos figuram entre países com as taxas mais elevadas (e desproporcionadas) de mortes maternas, desde a Nigéria com 4.4% de nascimentos globais em 2008 mas 10.7% de mortes maternas em 2008, até ao Mali com 0.4% de nascimentos globais mas 1.1% de mortes maternas. Em 2008, a Nigéria, a Etiópia e a República Democrática do Congo respondiam por 20% de mortes maternas.

Mesmo assim, alguns países africanos registaram progressos significativos nos últimos anos. O IHME (2010a) destaca o Mali, que 'em 1990, registava uma taxa de mortalidade materna de 831 mortes em cada 100,000 nados-vivos. Durante os 10 anos seguintes, este valor sofreu uma alteração muito ligeira para 807. Contudo, até 2008, a taxa de mortalidade materna do país havia recuado para 670 - ainda elevado em relação às tendências globais mas uma redução de quase 17% em menos de uma década' (IHME 2010a).

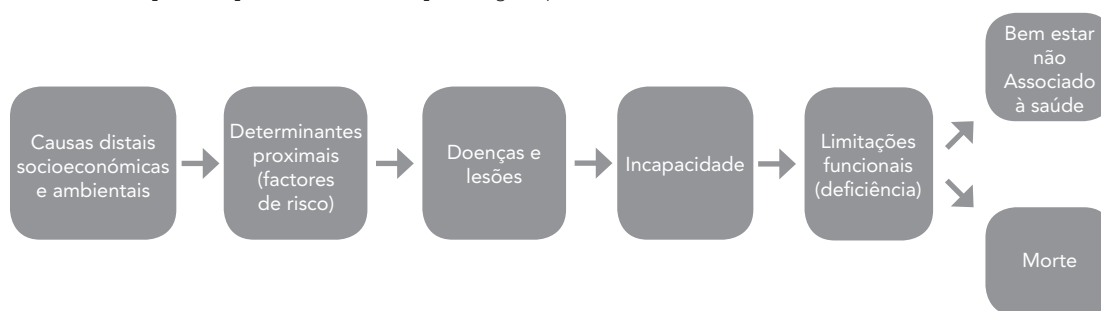
3.5 Carga da doença

Embora a dimensão dos problemas de saúde seja normalmente medida pela taxa de mortalidade, esta não retrata a globalidade da situação por não tomar em consideração as perdas provocadas pelos demais efeitos de doenças e lesões como deficiências, dores ou incapacidades (Banco Mundial 1993). O quadro de Carga Global da Doença (CGD) 'inclui dados sobre problemas de saúde não fatais nas medidas da saúde da população' (Lopez et al. 2006). Agrega 'perdas provocadas por mortes prematuras' e 'perda de vida saudável' na



medida dos anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI) (Banco Mundial 1993).² Citando o *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 'os anos de vida ajustados por incapacitação medem a incidência global de doenças ao calcular os anos de vida saudável perdidos derivado a doenças, incapacidade, ou morte precoce'. O quadro de CGD classifica as causas de perda de vida e de incapacidade em categorias de diagnósticos em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças, associando-os aos maiores factores de risco. O quadro subjacente a esta abordagem consta da Figura 3.1.

Figura 3.1: Componentes e factores determinantes do estado de saúde (relação causa-efeito de consequência para a saúde – esquema geral)



Fonte: Lopez et al. (2006)

O primeiro estudo de CGD foi encomendado pelo Banco Mundial em 1992, com dados de 1990 (Lopez et al 2006), tendo Lopez et al (2006) preparado uma actualização relativa ao ano 2001. Actualmente, o IHME está a coordenar o Estudo sobre a carga global da doença, lesões e factores de risco, relativamente a 2010, que 'começou na primavera de 2007 e representa a primeira grande acção desde o estudo da CGD de 1990, com o intuito de realizar uma avaliação completa dos dados relativos a todas as doenças e lesões, produzindo estimativas abrangentes e completas sobre a incidência de doenças, lesões e factores de risco relativamente aos anos 1990, 2005, e 2010' (IHME 2010b).

O estudo sobre a GGD foi considerado crítico para o planeamento estratégico na área da saúde, proporcionando uma estimativa da 'carga comparativa de doenças e lesões, e os factores de risco causadores, e a evolução da incidência face à adopção de várias políticas e intervenções' (Lopez et al. 2006). Os estudos sobre a carga de doenças contribuem de vários modos para o desenvolvimento de políticas de saúde ao:

- avaliar o desempenho ao medir o progresso ao longo do tempo;
- prestar informação para esclarecer questões e objectivos nos sistemas de saúde;
- transformar certos subsídios em processos, de modo a desenvolver um conjunto de prioridades para o controlo de doenças; e
- servir de prova para ajudar na distribuição ou redistribuição de recursos para intervenções de saúde. (Lopez et al. 2006)

Os AVAI perdidos estão associados a categorias de doenças (109 no estudo de 1992) e a factores de risco. As diferentes doenças estão agregadas em três categorias principais: doenças transmissíveis (como tubérculos e malária, assim como saúde materna e causas perinatais e nutricionais), doenças não transmissíveis (como cancro e deficiências nutricionais) e lesões (automóvel, intencionais, e outras).

² O DALY é a soma de anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e anos de vida saudável perdidos por incapacidade (YLD).



O estudo de CGD inicial identificou uns poucos factores, sendo a análise dos riscos aprofundada por Lopez et al (2006). Alguns dos factores de risco identificados na actualização de 2006 são: subnutrição infantil e materna, outros factores de risco associados à nutrição e a actividades físicas, substâncias que causam dependência, saúde sexual e reprodutiva e riscos ambientais.

O estudo de CGD de 2001 concluiu que, em países de baixo e médio rendimento, 36.4% das mortes e 39.8% dos AVAI podiam ser atribuídos ao grupo que incluía as doenças transmissíveis, ou 'doenças do Grupo 1'³. As doenças não transmissíveis contribuíam para 48.9% dos AVAI e as lesões contribuíam 11.2% (Lopez et al 2006). Isto, em comparação a 5.7% de AVAI perdidos por doenças do Grupo 1 em países de rendimento alto, 86.7% por doenças não transmissíveis e 7.5% por lesões.

Embora África se concentre frequentemente nas mortes evitáveis causadas por doenças transmissíveis e outras do Grupo 1, a OMS (2006) chamou a atenção para a maior incidência de doenças não transmissíveis, referindo à dupla carga da ameaça das doenças em África: 'Os sistemas de saúde na Região Africana têm dificuldade em fazer frente à dupla carga: taxas elevadas de mortalidade e morbidez causadas por doenças transmissíveis, conjugadas ao aumento das taxas de doenças não transmissíveis, incluindo doenças mentais e lesões'. A base de dados de 2010 da OMS calcula que, em 2004, 80% dos anos de vida perdidos (AVP) foram causados por doenças transmissíveis, 13% por doenças não transmissíveis e 7% por lesões. As maiores causas de morte na região africana da OMS estão contidas na Tabela 3.4, e a carga de doença por grupo de causas e região encontra-se ilustrada na Figura 3.2.

Tabela 3.4: Carga da doença, AVAI, região África da OMS

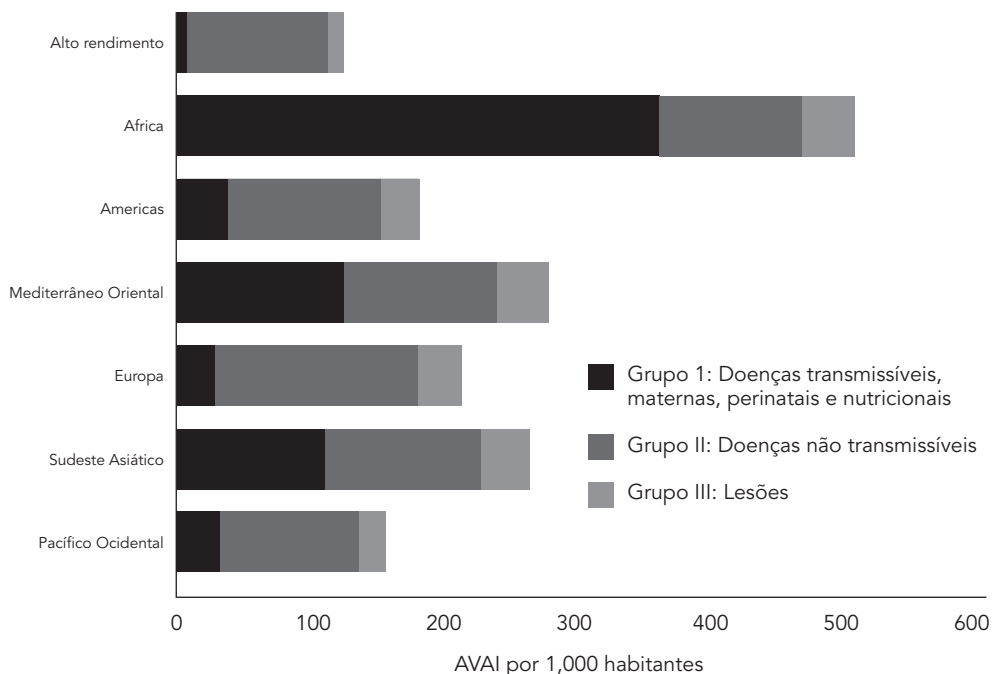
	AVAI (milhões)	% do total AVAI
1. VIH/SIDA	46.7	12.4
2. Infecção respiratória aguda	42.2	11.2
3. Doenças diarreicas	32.2	8.6
4. Malária	30.9	8.2
5. Infecções neonatais e outras	13.4	3.6
6. Asfixia perinatal e trauma de parto	13.4	3.6
7. Prematuridade e baixo peso à nascença	11.3	3.0
8. Tuberculose	10.8	2.9
9. Acidentes rodoviários	7.2	1.9
10. Desnutrição energético-proteica	7.1	1.9

Fonte: Base de dados da OMS (2010)

3 O Grupo 1 inclui doenças transmissíveis, condições maternas e perinatais e deficiência nutricionais.



Figura 3.2: Carga da doença por grupo geral de causas e região, 2004



Fonte: OMS (2006)

4. Prestação dos serviços de saúde (resultados)

O ideal seria que houvesse um conjunto de indicadores que abrangesse diferentes níveis de serviços de saúde, desde os cuidados primários (maioritariamente clínicas e centros de saúde), a serviços secundários (hospitais distritais e regionais) e serviços terciários (maioritariamente hospitais especializados e de alto nível), para medir o nível de prestação do serviço. Além do acesso e da cobertura, a avaliação dos serviços de saúde prestados exige informação sobre a qualidade dos serviços. Porém, não existem dados; a OMS (2006b) afirma que muitos países não possuem dados. A disponibilidade de dados normalizados e sistemáticos sobre a qualidade dos serviços é mais problemática do que o próprio acesso.

Tanto a avaliação da OMS de 2006 sobre o desafio da saúde e a base de dados de 2010 da OMS contêm indicadores sobre a cobertura dos serviços de saúde. Para medir os serviços de saúde, um indicador sugerido pela OMS é 'a densidade de camas hospitalares', que considera ser 'um dos poucos indicadores disponíveis para avaliar uma componente relacionada com o nível de prestação dos serviços de saúde'. Este indicador pode também ser visto como um indicador dos subsídios, reflexo das infra-estruturas disponíveis e estudadas, sendo avaliado em conjunto com os recursos humanos e medicamentos essenciais.

Os indicadores comuns da disponibilidade de serviços de saúde são:

- vacinação e saúde infantil;
- saúde materna; e
- indicadores específicos de doenças

A Tabela 4.1 contém informação sobre indicadores de prestação de serviços em relação às crianças. Conforme revelam os dados, as intervenções em relação a doenças específicas



(malária e diarreia, neste caso) são muito irregulares, embora os dados relativos à cobertura de vacinação estejam bastante completos.

As taxas médias de vacinação na região África da OMS aumentaram significativamente entre 1990 e 2008, de 57% para 73%, mas mantêm-se significativamente abaixo das taxas de outras regiões da OMS, salvo a região do sudeste asiático (75% em 2008). Porém, em certos países, as taxas de vacinação diminuíram (na tabela, Benim, Gabão e Guiné Equatorial) e continuam muito baixas nalguns países (apenas 24% e 23% na Somália e no Chade respectivamente).

Tabela 4.1: Indicadores seleccionados relativos à prestação de serviços de saúde (crianças) em países africanos seleccionados (mais altos e mais baixos) e por regiões da OMS a nível internacional

Membro	Cobertura e vacinação de crianças até 1 ano (%)			Crianças com idades inferiores aos 5 anos (%)		
	ODM 4 Sarampo			ODM 6 Camas com redes tratadas com insecticidas	ODM 6 Com febre que receberam tratamento anti-malária	Com diarreia a receber TRO
	1990	2000	2008	2000–2008	2000–2008	2000–2008
Seicheles	86	97	99	–	–	–
Jamahiria Árabe Líbia	89	92	98	–	–	–
Maurícias	76	84	98	–	–	–
Tunísia	93	95	98	–	–	74.4
Cabo Verde	79	78	96	–	–	99.8
Benim	79	72	61	20	54	30.1
Gabão	76	55	55	–	–	35.4
Guiné Equatorial	88	51	51	42	16	–
Somália	30	38	24	9	8	20.8
Chade	32	28	23	1	32	17.7
Região OMS						
África	57	56	73	17	–	–
Américas	80	92	93	–	–	–
Sudeste Asiático	59	61	75	–	–	–
Europa	80	91	94	–	–	–
Mediterrâneo Oriental	67	72	83	5	–	–
Ocidental	94	85	93	–	–	–
Escalão de rendimento						
Baixo rendimento	58	61	76	18	–	–
Rendimento médio-baixo	76	71	82	–	–	–
Rendimento médio-alto	77	92	94	–	–	–
Rendimento alto	83	91	93	–	–	–
Global	73	72	83	–	–	–

Fonte: OMS (2010a)



A Tabela 4.2 ilustra algumas das desigualdades entre países em termos de acesso e cobertura de serviços básicos. Não existem dados relativos a 11 países e, em relação a outros, os dados estão incompletos. Vinte países registam diferenças baixas entre as zonas rurais e urbanas (Namíbia, Ruanda, e Swazilândia, por exemplo) com valores que variam de 1.0 a 1.1. Nos restantes países, esta relação é de 1.2 a 2.0 no Chade e Etiópia, onde a cobertura urbana é o dobro que em áreas rurais.

As últimas 4 colunas da Tabela revelam que a diferença de cobertura entre a população pobre e rica é maior que a diferença entre as zonas urbanas e rurais, com os 20% dos agregados familiares mais ricos na Nigéria a registar uma taxa de vacinação contra o sarampo de 75% em 2008, em comparação a 17% entre 20% da população mais pobre. Outros dados da OMS revelam que a cobertura de saúde e o acesso, medidos pelas taxas de vacinação, também são fortemente influenciados pelo grau de instrução da mãe.

Tabela 4.2: Desigualdades na cobertura da vacinação contra o sarampo - países africanos seleccionados (rácio urbano-rural por ordem decrescente)

Estado Membro	Ano	Cobertura da vacinação contra o sarampo em crianças com até 1 ano							
		Local de residência				Quintil de Riqueza			
		Rural	Urbano	Rácio urbano-rural	Diferença urbano-rural	Mais baixo	Mais alto	Rácio mais alto-mais baixo	Diferença mais alto-maisbaixo
Chade	2004	19	38	2.0	18	8	38	4.6	30
Etiópia	2005	32	65	2.0	33	25	53	2.1	28
Nigéria	2008	34	59	1.8	25	17	75	4.3	58
Somália	2006	23	40	1.8	17	22	47	2.1	25
Niger	2006	42	72	1.7	30	32	74	2.3	41
Namíbia	2006–2007	82	86	1.0	4	70	95	1.4	25
Rwanda	2007–2008	90	92	1.0	2	89	92	1.0	3
Swazilândia	2006–2007	91	95	1.0	4	89	93	1.0	4
Tunísia	2006	97	99	1.0	2	–	–	–	–
Mauritânia	2007	79	72	0.9	-7	67	79	1.2	12
África do Sul	2003	68	59	0.9	-9	–	–	–	–

Fonte: Base de dados da OMS (2010)

As tendências revelam que embora África tenha registado progressos significativos nalgumas áreas, a África subsariana está ainda muito aquém do resto do mundo (excepto, nalguns casos, a região da OMS do sudeste asiático) por uma margem importante. O progresso no continente também regista desigualdades, com alguns retrocessos significativos nalguns países. Além das diferenças de desempenho entre países, também se registam grandes desigualdades nos próprios países. Esta tendência reflecte-se na maioria dos serviços de saúde.

A Tabela 4.3 contém dados seleccionados relativos a certos serviços de saúde materna. Comparando aos indicadores na Tabela 4.1, existem menos dados relativos à desigualdade dos serviços e revelam graves desigualdades de acesso entre as zonas urbanas e rurais e níveis de rendimento.



Tabela 4.3: Indicadores seleccionados de prestação de serviços de saúde (saúde materna/reprodutiva) em países africanos seleccionados (mais baixos e mais altos) e regiões da OMS a nível global

Estado Membro	ODM 5 Cobertura de cuidados antenatais – pelo menos 1 visita(%)		ODM 5 Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)		ODM 5 Prevalência de contraceptivos
	2000–2009	1990–1999	2000–2008	2000–2008	
Jamahiria Árabe Líbia	–	94	100	–	
Maurícias	–	99	99	75.8	
Argélia	89	77	95	61.4	
Botswana	97	–	94	44.4	
Djibouti	92	–	93	17.8	
África do Sul	92	84	91	60.3	
Somália	26	34	33	14.6	
Eritreia	70	21	28	8.0	
Níger	46	18	18	11.2	
Chade	39	12	14	2.8	
Etiópia	28	–	6	14.7	
Região OMS					
África	73	48	47	23.7	
Américas	94	87	92	70.6	
Sudeste Asiático	75	40	49	57.5	
Europa	–	95	96	68.4	
Mediterrâneo Oriental	65	43	59	42.8	
Pacífico Ocidental	90	85	92	82.7	
Global	78	62	66	62.3	

Fonte: Base de dados da OMS (2010) (consultar qualificações dos dados na fonte)

5. Financiamento e subsídios para o sector da saúde

5.1 Despesa geral no sector da saúde

Conforme acima referido, em África, os resultados na área da saúde – incidência de doenças, e morte prematura - estão aquém dos do resto do mundo. Por um lado, estes resultados são reflexo dos baixos níveis de vida; por outro lado, representam um obstáculo ao desenvolvimento. Uma saúde precária é resultado e indicativo de pobreza. Em simultâneo, reduz as perspectivas de desenvolvimento em virtude do impacto sobre a produtividade da população africana.

Porém, não são apenas os resultados na área da saúde em África que comparam desfavoravelmente com os do resto do mundo. A Sociedade Financeira Internacional (SFI) comparou a necessidade ou procura, medida pela carga de doença, aos recursos ou oferta (ver Figura 5.1).



Figura 5.1: O desafio da saúde em África: dados comparativos de taxas de doença, insumos e recursos

A saúde em África
11% da população mundial
24% da carga global da doença
1% da despesa global na saúde
3% dos profissionais de saúde no mundo

Fonte: IFC (2007)

Esta secção analisa os recursos globais gastos na saúde pelos países africanos, ao comparar a despesa no sector da saúde ao PIB e à despesa por capita. Também examina outro indicador relativo à priorização da saúde pelos países, designadamente a proporção da despesa geral pública destinada à saúde. As diferenças na proporção da despesa entre o sector público e o privado (e diferenças na composição da despesa nos sectores público e privado) são aspectos fundamentais na diferenciação dos sistemas de saúde, aspectos estes que serão abordados na secção que se segue.

Os indicadores gerais de saúde, e a composição dos mesmos, são publicados periodicamente pela OMS e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Mais recentemente, o IHME publicou uma actualização da despesa pública e da ajuda de desenvolvimento no domínio da saúde. Uma conclusão chave é que 'os dados relativos à despesa pública no sector da saúde são deficientes, com grandes variações entre duas fontes primárias de dados: o FMI e a OMS' (IHME 2010c). É importante, portanto, interpretar as estatísticas com alguma circunspecção, sabendo que o aprimoramento dos dados sobre a despesa na área da saúde é uma acção contínua.

A base de dados de 2010 da OMS, calculou que a despesa global no sector da saúde, como proporção do PIB era 9.7% em 2007, um aumento dos 9.2% em 2000. A média da despesa como proporção do PIB na região de África da OMS era 6.2%, em comparação a 13.6% na região das Américas e 8.8% na região da Europa. Tanto a região do Sudeste Asiático (3.6%) como a região do Mediterrâneo Oriental (4.1%) gastavam menos que a região de África no sector da saúde, como proporção do PIB.

Em 2007, nos países africanos, a despesa no sector da saúde variava de 13.9% do PIB no Burundi e 2.1% na Guiné Equatorial. Contudo, alguns dos países que registam a despesa mais elevada são países de baixo rendimento, pelo que a elevada afectação de recursos continua a traduzir-se em níveis muito baixos de despesa por pessoa. Alguns exemplos são o Ruanda, com uma despesa de 10.3% do PIB no sector da saúde, o equivalente a \$37 por capita, e o Malawi, que gasta 9.9% do PIB no sector da saúde, o que equivale a \$17 por capita. Em África, os países que mais gastam são as Seicheles (\$564 ou 5.1% do PIB, em 2007) e a África do Sul (\$497 ou 8.6% do PIB). No período de 2000 a 2007, a despesa no sector da saúde, como proporção do PIB sofreu uma redução em 14 de 51 países.

A despesa pública geral no sector da saúde, como proporção do total da despesa pública, constitui uma indicação da primazia dada ao sector de saúde pelos governos. Na declaração de Abuja de 2001, os dirigentes africanos comprometeram-se a afectar pelo menos 15% do seu orçamento anual ao sector da saúde (Preker et al 2006; WHO 2006b). Em 2007, de acordo com os dados publicados pela OMS, cinco países haviam alcançado ou estavam próximos dessa meta (Ruanda em 19.5%, Tanzânia em 18.4%, Libéria em 16.6%, Madagáscar em 14.8% e Zâmbia em 14.5%). A despesa pública no sector da saúde, como proporção do PIB, manteve-



se abaixo de 5% do PIB em quatro países (Côte d'Ivoire, Guiné, Eritreia e Guiné-Bissau). A OMS observa (2010b) que 'infelizmente, 19 países africanos em 2007 afectaram uma proporção mais baixa do total dos seus orçamentos públicos ao sector da saúde do que faziam antes de Abuja'.

Table 5.1: Despesa na saúde como proporção do PIB, e despesa pública na área da saúde como proporção de toda a despesa pública em países africanos seleccionados (mais baixa e mais alta) e regiões da OMS a nível global

Estado Membro	Total da despesa na saúde como % do produto interno bruto		Total da despesa de saúde por capita à taxa de câmbio média (US\$)		Despesa pública geral na saúde como % da despesa geral	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007
Burundi	7.2	13.9	8	17	7.9	12.5
Libéria	9.2	10.6	18	22	9.0	16.6
Ruanda	4.2	10.3	9	37	8.2	19.5
Malawi	6.1	9.9	9	17	8.6	11.9
Zimbabwe	10.0	8.9	66	79	10.7	8.9
África do Sul	8.5	8.6	251	497	10.9	10.8
Gana	7.2	8.3	19	54	10.8	10.7
Jamahiria Árabe Líbia	3.7	2.7	238	299	7.2	5.4
Angola	2.4	2.5	15	86	3.2	5.3
Congo	2.1	2.4	22	52	4.8	5.1
Mauritânia	2.8	2.4	12	22	6.5	5.3
Guiné Equatorial	1.9	2.1	42	347	7.8	6.9
Região OMS						
África	5.9	6.2	35	76	8.7	9.6
Américas	12.0	13.6	1 849	2 911	15.5	17.1
Sudeste Asiático	3.7	3.6	20	41	4.8	5.3
Europa	8.4	8.8	931	2 053	14.3	15.3
Mediterrâneo Oriental	4.2	4.1	68	133	7.3	7.5
Pacífico Ocidental	6.8	6.5	291	416	14.9	15.1
Escalão de rendimento						
Baixo rendimento	4.7	5.3	14	27	7.6	8.7
Rendimento médio-baixo	4.4	4.3	34	80	7.5	7.8
Rendimento médio-alto	6.2	6.4	221	488	8.9	9.4
Rendimento alto	10.2	11.2	2 657	4 405	15.6	17.2
Global	9.2	9.7	481	802	14.5	15.4

Fonte: Base de dados da OMS (2010) (consultar qualificações dos dados na fonte)

Na generalidade, as conclusões, no que respeita aos compromissos dos Governos para com o sector da saúde, são positivas, tendo a OMS (2006b) notado que 'o grupo dos países africanos estão a aumentar os seus compromissos no sector da saúde', e o IHME (2010c)



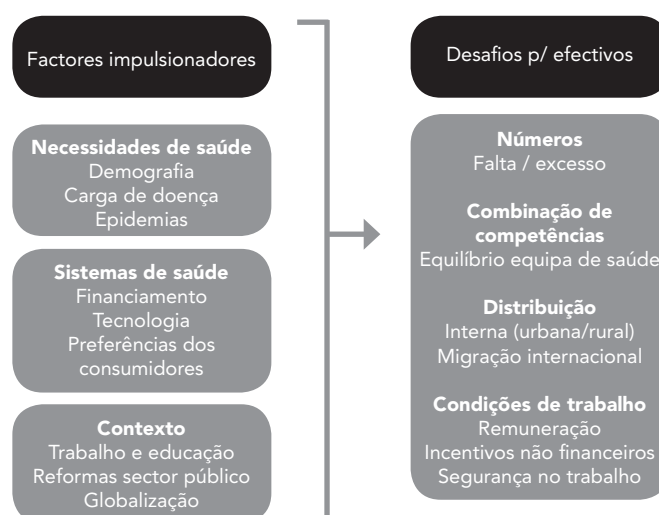
concluiu que 'os compromissos no sector da saúde nos países em desenvolvimento registaram um aumento dramático nas últimas duas décadas'. Porém, a avaliação do IHME indica que 'uma porção significativa dos países com a melhor necessidade de uma despesa robusta no sector da saúde também reduziu os seus compromissos neste sector, por ter recebido mais ADS [apoio ao desenvolvimento para a saúde]. Em três sub-regiões de África subsariana (Central, Oriental e Austral), a despesa proveniente do erário público (a chamada 'GGE-S') sofreu um decréscimo em relação à despesa pública geral entre 1999-2002 e 2003-2006 (IHME 2010c).

5.2 Recursos humanos

O Relatório de Saúde da OMS de 2006 (WHO 2006c) documenta o desafio de assegurar uma força de trabalho adequada para responder aos desafios globais de saúde. Na sequência de estudos anteriores, o relatório calculou que os países com menos de 2 a 2.5 profissionais de saúde (contando apenas médicos, enfermeiros e parteiras) por 1 000 habitantes não alcançariam uma cobertura de 80% em relação a alguns serviços básicos, deparando-se, assim, com uma 'deficiência crítica'. Estimaram que 57 países se inserem nesta categoria, e que 36 deles estavam localizados em África subsariana. 'São necessários mais de 2.4 milhões de profissionais para que todos esses países consigam alcançar os níveis definidos de disponibilidade de profissionais de saúde.' (OMS 2006c)

O relatório identificou alguns factores que incidiam sobre os recursos humanos no sector da saúde, resultando em que muitos dos países mais pobres sofressem 'graves deficiências, combinações inapropriadas de aptidões, e lacunas na cobertura dos serviços'. A Figura 5.2 contém uma representação esquemática das pressões e dos desafios que daí resultam para os recursos humanos, conforme apresentados pela OMS.

Figura 5.2: Factores impulsionadores e desafios para os profissionais de saúde



Fonte: OMS (2006c)

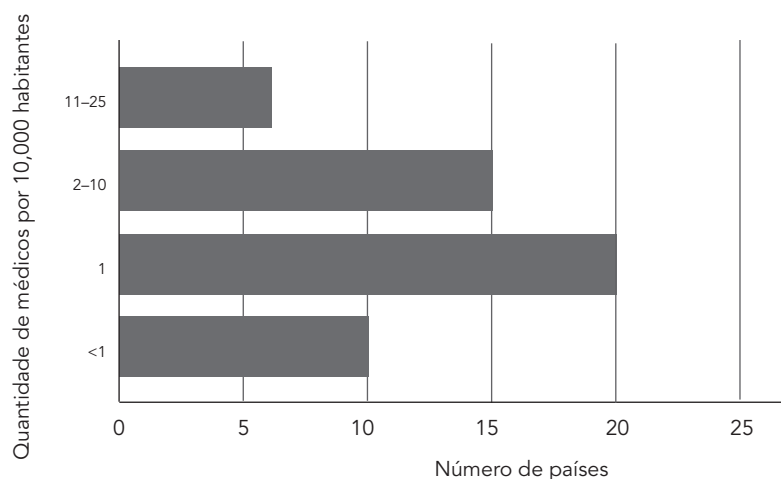
A Tabela 5.2 contém uma perspectiva comparativa internacional sobre a disponibilidade de médicos, enfermeiros, parteiros e camas hospitalares nas diferentes regiões da OMS.

**Tabela 5.2:** Indicadores dos profissionais de saúde e disponibilidade de camas hospitalares

Região OMS	Médicos Densidade (por 10,000 habitantes)	Pessoal de enfermagem e parto Densidade (por 10,000 habitantes)	Camas hospital (por 10,000 habitantes) 2000–2009
Região OMS			
África	2	11	9
Américas	23	55	24
Sudeste Asiático	5	11	11
Europa	33	68	63
Mediterrâneo Oriental	10	14	12
Pacífico Ocidental	14	21	38
Escalão de rendimento			
Baixo rendimento	4	10	15
Rendimento médio-baixo	10	14	29
Rendimento médio-alto	24	40	39
Rendimento alto	28	81	58
Global	14	28	27

Fonte: Base de dados da OMS (2010) (consultar qualificação dos dados na fonte)

Embora, a nível global, na média, existam 14 médicos por 10,000 habitantes, o nível atinge os 33 médicos por 10,000 habitantes na região da Europa, em comparação a apenas 2 médicos por 10,000 habitantes na região africana da OMS. No que respeita a enfermeiros e parteiras, a diferença não é tão marcante embora seja significativa, com 11 enfermeiros e parteiras por 10,000 habitantes na região africana da OMS (e na região do sudeste asiático), em comparação à média global de 28 por 10,000 e 68 por 10,000 na região da Europa. A tabela também aponta para as disparidades no que respeita às infra-estruturas disponíveis (número de camas hospitalares por 10,000 habitantes).

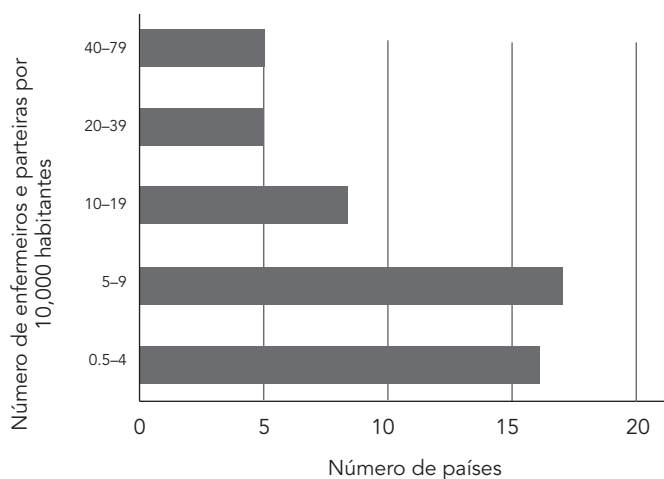
Figura 5.3: Quantidade de médicos por 10,00 habitantes nos países africanos

Fonte: Cálculos extraídos da OMS (2010a)



As Figuras 5.3 e 5.4 fornecem uma indicação das diferenças entre países africanos (incluindo o Norte de África). Embora 6 países possuam entre 11 e 25 médicos por 10,000 habitantes, 20 possuem uns 1 por 10,000 habitantes e 10 possuem menos de 1 por 10,000 habitantes. Trinta e três países possuem menos de 10 enfermeiros e parteiros por 10,000 habitantes.

Figura 5.4: Quantidade de enfermeiros e parteiras por 10,000 habitantes nos países africanos



Fonte: Cálculos extraídos da OMS (2010a)

Com vista a responder aos desafios relacionados com os recursos humanos, a OMS identificou três áreas que merecem ser destacadas:

- 'ingresso ou preparação da força de trabalho (planeamento, formação, recrutamento)';
- 'desempenho, ou melhoramento do desempenho da força de trabalho (supervisão, compensação, apoio a sistemas, aprendizagem ao longo da vida)'; e
- 'saída ou gestão do atrito (migração, escolha de carreira, saúde e segurança e reforma)'. (OMS 2006c)

6. Interligações entre insumos, resultados e produtos

Uma vez que a Região de África sofre a maior incidência de doenças e a esperança de vida média mais baixa no mundo, o alcance de uma saúde melhor e a protecção das pessoas contra os efeitos prejudiciais de doença exige mais recursos financeiros (para reforçar o desempenho dos sistemas e programas de saúde), e uma despesa equitativa e eficiente. (Kirigia et al. 2006)

As secções anteriores examinaram os diferentes indicadores dos resultados, produtos e insumos no domínio da saúde e entre diferentes continentes e regiões da OMS. A Tabela 6.1 reúne alguns destes indicadores em grupos de países. Embora de uma fonte diferente (o Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2010), confirma os fracos resultados de África subsariana no tocante à mortalidade materna, mortalidade infantil e esperança de vida ao nascimento.

A Tabela 6.1 também sugere, à semelhança das secções anteriores, que os fracos resultados no sector da saúde podem, em parte, estar associados aos fracos níveis de serviço e subsídios, além do financiamento insuficiente. Os fracos níveis de serviço e de subsídios estão reflectidos



nos partos assistidos por profissionais de saúde qualificados e camas de hospital por 10,000 habitantes. É evidente que África subsariana gasta substancialmente menos por pessoa em atendimento de saúde do que todos os restantes grupos de países, excepto o sudeste asiático.

Tabela 6.1: Indicadores de resultados de saúde, prestação de serviços e subsídios: Países subsarianos e outros grupos de países

Grupos de países	Taxa de mortalidade materna (mortes por 100,000 nados-vivos)	Infant mortality rate (per 1 000 live births)	Life expectancy at birth (anos)	Partos assistidos por pessoal qualificado (%)	Camas de hospital (por 10,000 pessoas)	Despesa na saúde (por capita PPP US\$)
	2003–2008	2008	2010	2000–2008	2000–2009	2007
Países desenvolvidos						
OCDE	8	5	80.3	99.5	62.9	4 221.5
Não OCDE	16	5	80.0	99.9	39.7	1 807.0
Países em desenvolvimento						
Estados Árabes	238	38	69.1	76.6	16.0	286.6
Sudeste Asiático e Pacífico	126	23	72.6	91.0	20.2	207.3
Europa e Ásia Central	41	20	69.5	95.9	51.9	622.6
América Latina e Caraíbas	122	19	74.0	91.4	24.1	732.3
Sul da Ásia	454	56	65.1	45.4	16.5	123.0
África Subsariana	881	86	52.7	47.8	18.6	127.5
Mundo	273	44	69.3	69.3	30.0	869.0

Fonte: PNUD (2010)

Vários indicadores sugerem que os níveis de financiamento e de serviços prestados não são os únicos factores que incidem sobre os fracos resultados. Primeiro, os diferentes países africanos registam uma grande diversidade de resultados e subsídios. Algumas evidências sugerem que os motivos pela diferença nos resultados de saúde não se limitam aos insumos e à despesa, sendo que as diferenças a nível das eficiências técnicas e da afectação de recursos também contribuem para esta situação. Em segundo lugar, a Tabela 6.1 também indica que o sudeste asiático, com uma despesa e insumos ligeiramente inferiores na saúde, consegue resultados significativamente melhores que África. Embora vários factores contribuam para a diferença nos resultados, isto também levanta perguntas sobre a relativa eficiência dos diferentes sistemas de saúde.

Embora o investimento no sector da saúde continue baixo em termos relativos em muitos países africanos, as provas relativamente à eficiência indicam que devem concentrar-se na relação qualidade-valor e na eficiência. Nalgumas áreas, a despesa no sector da saúde em África tem estado a aumentar significativamente, e está previsto que venha a aumentar nas próximas décadas (SIF 2007)]. É imprescindível que este financiamento adicional seja utilizado com eficácia.



7. Contextualização dos sistemas de saúde

Nas secções anteriores, examinámos os desafios no sector da saúde em África da perspectiva da oferta (a carga 'desproporcionada' das doenças)⁴ e aspectos relacionados com a oferta (o financiamento, as fontes de receitas e alguns dos factores, designadamente os recursos humanos).

A avaliação da OMS de 2006 com respeito ao desafio africano no domínio da saúde também analisa estes diferentes aspectos, concluindo que os 'sistemas nacionais de saúde' representam 'o maior desafio em África para o sector da saúde'.

A situação, no que respeita aos sistemas de saúde em África, tem sido descrita de vários modos. Barbiero (2006) descreve-os como 'frágeis e sob crescente pressão', enquanto que a OMS (2006) se refere a eles como 'fracos e não plenamente funcionais'. A necessidade de introduzir reformas aos sistemas de saúde é geralmente aceite.

Esta secção examina os sistemas de saúde e a reforma dos mesmo, ao identificar as funções e as componentes principais, os principais mecanismos ou áreas políticas, e depois estuda as funções dos ministérios de saúde e das finanças, e a necessidade de haver mais diálogo. Conforme afirma Frenk (1994) sucintamente, 'a fim de compreender melhor as tentativas de reforma, é necessário definir sem equívocos o objectivo da reforma: o sistema de saúde'.

7.1 Funções dum sistema de saúde

De acordo com Murray e Frenk (2000) e a OMS (2000), quatro funções são normalmente atribuídas aos sistemas de saúde. A definição de um sistema de saúde abrange muito mais que as pessoas e as organizações que prestam atendimento médico. Abarca também: as organizações que lideram o sistema de saúde (por exemplo, as que definem políticas e as entidades reguladoras); as instituições de financiamento (como a segurança social e os fundos privados de seguro); e as organizações que produzem os diversos factores empregues no sector, desde os recursos humanos (cursos médicos e de enfermagem, por exemplo) até aos medicamentos e outros insumos importantes.

Conforme ilustrado na Figura 7.1, os objectivos principais do sistema de saúde integram (normalmente) o melhoramento ou a manutenção da saúde, responder às necessidades e exigências da população, e assegurar contribuições financeiras justas:

- o melhoramento da saúde refere-se à condição média de saúde da população e redução das desigualdades entre a população;
- a capacidade de resposta às expectativas legítimas da população, que se divide em duas componentes principais, como sendo, 'respeito pelas pessoas' (incluindo aspectos como o respeito pela dignidade e a confidencialidade) e 'orientação de clientes' (incluindo aspectos como a prontidão do atendimento e serviços básicos) e
- a justiça abrange dois aspectos: primeiro, as pessoas não devem ser sujeitas a custos catastróficos cada vez que necessitam de atendimento médico (ou seja, deve existir um mecanismo de partilha de riscos) e, segundo, 'os agregados familiares mais pobres devem contribuir menos para o sistema de saúde que os agregados familiares mais ricos'. (Murray & Frenk 2000)

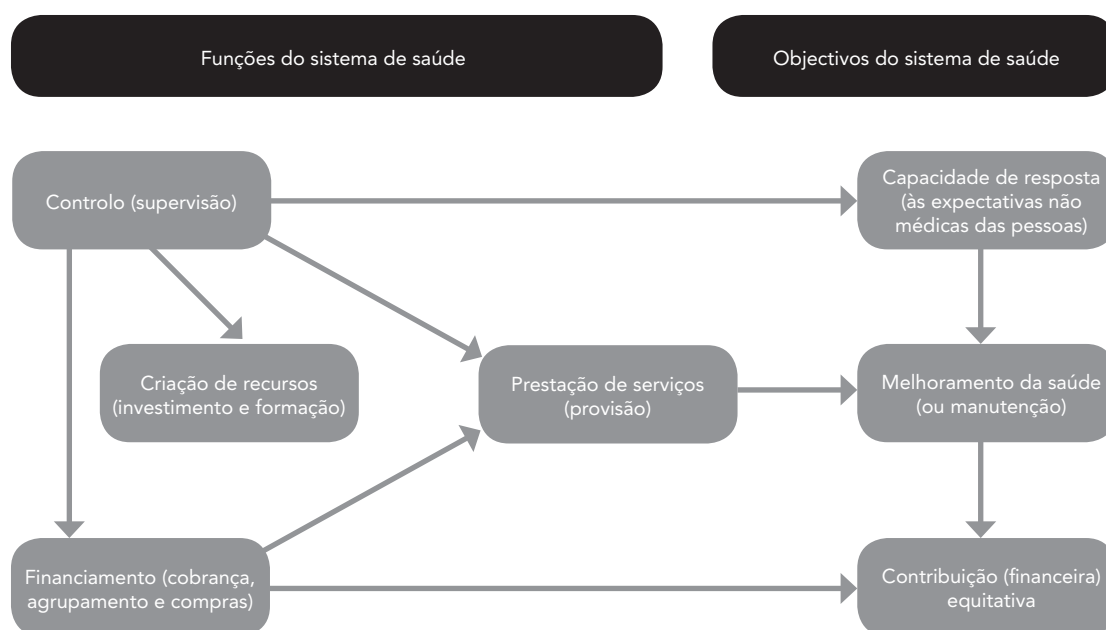
⁴ Além da carga da doença, Barbiero (2006) também aponta para outros factores associados que, conjugados à incidência de doenças, fazem aumentar a procura pelos serviços de saúde - demografia (crescimento contínuo da população) e evoluções de ordem social (urbanização ou 'prova da urbanização'). No que respeita à carga da doença, conclui que África se confronta com uma ameaça quádrupla, se tomarmos em linha de conta a epidemia do VIH/SIDA e as crescentes taxas de mortalidade e de deficiências provocadas por lesões, além das causas crónicas e infecciosas de morte.



A intendência, identificada como um aspecto negligenciado do sistema de saúde, está dividida em seis subfunções:

- estruturação geral do sistema;
- avaliação do desempenho;
- definição de prioridades;
- advocacia interssectorial;
- regulamentação; e
- protecção dos consumidores. (Murray & Frenk 2000)

Figura 7.1: Funções e objectivos dos sistemas de saúde



Fonte: OMS (2000)

Tradicionalmente, O financiamento consiste em: cobrança de receitas, agrupamento dos fundos ('fund pooling' e compras. Os mecanismos básicos para a cobrança de receitas são:

- pagamentos privados pelas transacções, ou 'pagamentos directos' (Murray & Frenk 2000) ou 'interacções de curto prazo baseadas no mercado, entre doentes e prestadores de serviços' (OMS 2000);
- seguros, voluntários ou obrigatórios, que se inserem na categoria de 'mecanismos contratuais de longo prazo sob alguma medida de controlo não associada ao mercado' (OMS 2000);
- receitas do Estado, incluindo impostos gerais e com destino específico; e
- donativos de organizações privadas / não governamentais e ajuda ao desenvolvimento para a saúde, proveniente dos doadores.

O agrupamento é descrito como a 'acumulação e gestão de receitas de modo a assegurar que o risco de ter de pagar pelo atendimento médico seja suportado por todos os membros do agrupamento, ao invés de por cada contribuinte individualmente' (OMS 2000). O agrupamento permite a partilha dos riscos e do seguro, que pode ser explícito (pessoas que subscrevem a um fundo de livre vontade) ou implícito (à semelhança das receitas fiscais) (OMS 2000). Conforme afirma a OMS, 'quando as pessoas pagam tudo do seu próprio bolso, isto não é agrupamento'.



À semelhança do agrupamento, as compras podem ser explícitas ou implícitas (ou 'passivas' e 'activas') e, frequentemente (implicitamente) assumem a modalidade de verbas orçamentais em sistemas hierárquicos e integrados. Um exemplo de compras explícitas é a contratação e o pagamento entre instituições financeiras (como seguradoras de saúde) e prestadores de serviços (hospitais e clínicas).

Um aspecto importante dos sistemas de financiamento para a saúde tem que ver com o modo como os prestadores de serviços (profissionais de saúde, hospitais, prestadores de cuidados primário) são reembolsados, ou os 'mecanismos de pagamento dos prestadores'. As taxas moderadoras (pagamento por um determinado serviço no momento da prestação) são comuns, sobretudo em sistemas com financiamento substancial privado directo ou financiamento agrupado. Como resultado dos incentivos para exceder nos serviços prestados no âmbito do modelo de taxas moderadoras, convém aplicar vários controlos, como fixação de preços e comparticipação no caso dos seguros médicos.

Uma alternativa às taxas moderadoras no domínio dos cuidados primários é a capitação, 'em conformidade com o qual os prestadores de serviços de saúde são pagos uma taxa fixa que abrange todas as necessidades de saúde de todas as pessoas inscritas no serviço. Nos hospitais, uma taxa moderadora pode ser cobrada caso a caso, calculada com base na média do custo para serviços específicos.' Uma abordagem é de calcular a média dos custos por grupos de diagnósticos. Neste sistema, 'patologias diferentes são agrupadas em grupos de custos homogéneos, aos quais são atribuídos um custo médio de tratamento. Um reembolso fixo é pago ao hospital, independentemente da intensidade do tratamento que dispensa aos doentes ou da duração do internamento'. (OMS 2010b)

Borowitz et al (1999) apresentam uma abordagem um tanto ou quanto diferente no que respeita à classificação do financiamento do sector da saúde. Identificaram cinco níveis de 'decisão sobre a afectação de recursos', que apontam para as decisões mais importantes a serem tomadas pelas sociedades ao distribuírem os recursos associados à saúde. À semelhança do agrupamento e aquisição, estas decisões não são explícitas, mas podem ser o resultado agregado de um conjunto de outras decisões e actividades. As decisões identificadas por Borowitz et al. têm a ver com:

- os recursos públicos gerais a afectar ao sector da saúde;
- a distribuição geográfica dos recursos pelas regiões;
- afectação a todos os 'níveis do sistema de saúde', incluindo 'cuidados primários, cuidados especializados em regime de ambulatório e diagnósticos, atendimento hospitalar, saúde pública, educação e investigação, capital, e administração';
- afectação aos diferentes serviços a todos os níveis; e
- afectação pelos insumos e resultados em cada serviço de saúde.

A criação de recursos (ou geração de recursos) na Figura 7.1 refere-se à produção dos factores necessários para os serviços de saúde, por exemplo, recursos humanos, instalações, equipamentos, medicamentos e conhecimentos ou investigação'. Murray e Frenk (2000) aludem a um conjunto de organizações, desde 'universidades e outras instituições de ensino, centros de investigação, e empresas produtoras de tecnologias específicas, como produtos farmacêuticos, aparelhos e equipamentos'.

A prestação de serviços na Figura 7.1 refere-se à 'combinação de factores num processo de produção, que ocorre num determinado ambiente organizacional e que resulta na prestação de uma série de intervenções' (Murray e Frenk 2000). Aqui, é feita uma distinção útil entre os serviços de saúde pessoais 'consumidos directamente por uma pessoa', e serviços de saúde não pessoais, ou 'acções aplicadas a colectividades (p. ex.: sensibilização popular) ou às componentes não humanas do ambiente (como sendo, saneamento básico)'.



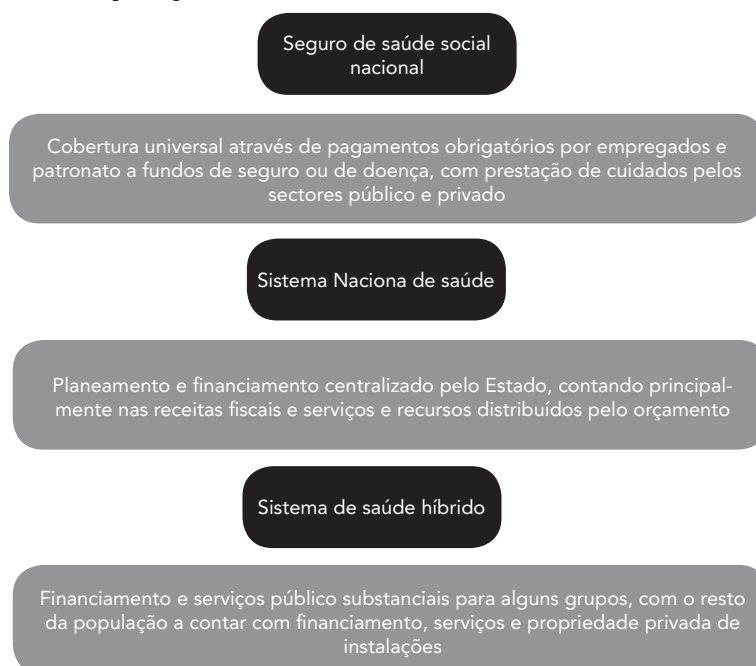
7.2 Generalizações sobre as modalidades de sistemas de saúde

Os países apresentam diferenças significativas no que respeita à estrutura das suas organizações e instituições para atender às diferentes funções no domínio da saúde. Conforme afirma Kutzin (2000), 'frequentemente, os sistemas de saúde são descritos em função da fonte principal de financiamento'. Embora isto seja inadequado, visto existirem outros diferenciadores dos sistemas de saúde, pelo menos é um bom ponto de partida. Nesta esteira, a OMS (2000) identifica 'algumas modalidades básicas que têm vindo a emergir e que têm sido aprimoradas deste os finais do século XIX'.

- A primeira modalidade é a chamada 'segurança social' ou sistema 'bismarquiano'. A OMS traça a sua origem aos finais do século XIX. Este sistema visa 'cobrir todos, ou a maioria dos cidadãos através de pagamentos obrigatórios, por parte dos empregados e dos empregadores, a fundos médicos, ao prestar atendimento por intermédio de provedores públicos e privados'.
- A segunda modalidade passa pelos 'sistemas nacionais de saúde', ou 'sistema Beveridge, financiado pelos impostos' (Kutzin 2000), cuja origem é 'ligeiramente mais recente', e cujo planeamento e financiamento são centralizados, 'contando essencialmente com receitas fiscais e serviços públicos. Tradicionalmente, os recursos são distribuídos por verbas, por vezes com base em rácios fixos entre populações e trabalhadores ou centros de saúde.' (WHO 2000)
- Uma terceira modalidade, ou 'modelo misto', conta com uma participação limitada, embora sempre substancial, do Estado que 'por vezes fornece cobertura a apenas alguns grupos populacionais e deixa espaço para o resto da população recorrer ao financiamento, prestação e detenção privados dos serviços de saúde'.

Conforme afirma a OMS (2000), 'exemplos de modalidades puras, em que uma ou outra modalidade representa a maioria dos recursos ou serviços, são encontrados principalmente em países ricos; os sistemas de saúde em países de rendimentos médios, designadamente na América Latina, tendem a ser uma combinação de duas, ou até todas as três, modalidades'.

Figura 7.2: Modalidades principais de sistemas de saúde





Passando além da tipologia simplificada de três modalidades de sistemas de saúde, a Figura 7.3 ilustra algumas das complexidades inerentes aos sistemas de saúde, ao classificar os sistemas nacionais em termos dos três modelos de financiamento e da composição dos prestadores de serviços. A Figura 7.4 (avaliação da Argentina) revela algumas complexidades adicionais ao salientar que, no Governo, os diferentes níveis do Governo têm um papel a desempenhar, e que, da parte da segurança social e sector privado, existem seguros médicos privativos e pagamentos directos.

Figura 7.3: Características dos sistemas de saúde de países seleccionados, com destaque para o financiamento (cobrança de receitas, agrupamento, aquisição) e prestação de serviços

Bangladesh (1996/97)					
Cobrança de receitas	Impostos gerais	Doadores	Pagamento directo		Outros
Agrupamento	Ministério da saúde	Outro público	Sem agrupamento		
Compras			Compras individuais		
Prestação de serviços	Ministério da saúde		Prestadores privados		

Chile (1991–1997)					
Cobrança de receitas	Impostos gerais	Assistência social		Pagamento directo	
Agrupamento	Fundo de seguro de saúde pública (FONASA)		Seguro privado (ISAPREs)	Sem agrupamento	
Compras				Compras individuais	
Prestação de serviços	Outro público	Serviço nacional de saúde	Pagamento directo		

Egipto (1994/95)					
Cobrança de receitas	Impostos gerais	Doadores	Assistência social	Pagamento directo	
Agrupamento	Ministério da saúde	Outro público	Assistência social	Sem agrupamento	
Compras				Compras individuais	
Prestação de serviços	Ministério da saúde	Ministério da saúde	Outro público	Assistência social	Prestadores privados

Reino Unido (1994/95)					
Cobrança de receitas	Impostos gerais			Segurança social	Pagamento directo
Agrupamento	Ministério da saúde			Seguro privado	Sem agrupamento
Compras	Entidades responsáveis pela saúde				Médicos privados
Prestação de serviços	Serviço nacional de saúde			Prestadores privados	

Obs: A largura das colunas representa o fluxo estimado de fundos em termos proporcionais.

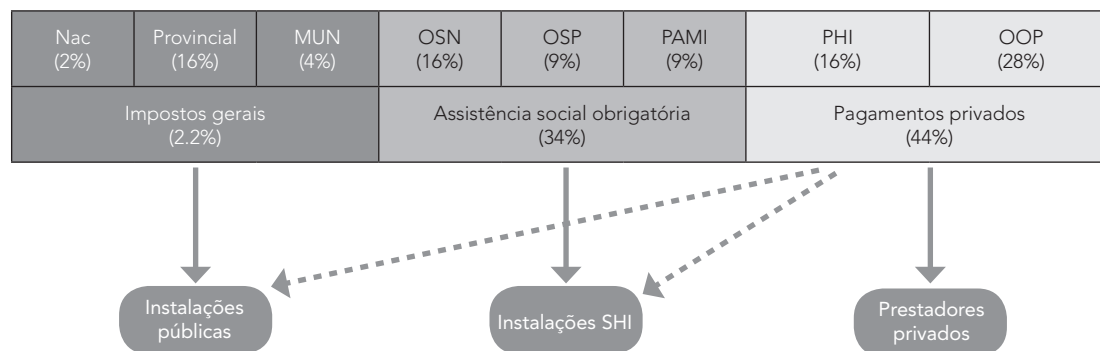
Fonte: OMS (2000)

Em África, o papel dos Governos nacionais não é tão determinante, nem a nível do financiamento nem a nível dos serviços prestados, como no Reino Unido, nem a componente do seguro é tão significativa, como no Chile. A maioria dos países africanos assemelham-se mais ao Egipto e a Bangladesh, onde o Governo representa uma fonte importante de



financiamento para a saúde mas a segurança social é modesta ou insignificativa; o seguro privado também é baixo, embora a despesa privada seja significativa, sobretudo a despesa directa. O financiamento dos doadores é também significativo na maioria dos países africanos, até avultado nalguns países (ver a Secção 7.3 e Kirigia et al. 2006).

Figura 7.4: Financiamento e prestação de cuidados médicos na Argentina



Fonte: Cavagnero et al. (2006)

7.3 Fontes de despesa na área da saúde em África

Despesa pública em relação à privada

Em 2007, a despesa do sector público contribuiu, na média, para 45% de toda a despesa no sector da saúde, tendo o sector privado contribuído com 55% (Tabela 7.1). Excepto a região da OMS do sudeste asiático (onde a despesa pública atingiu os 63%), esta representa a proporção mais elevada da despesa privada em todas as regiões da OMS.

Em 14 países africanos, a despesa privada representou mais de 60% da despesa no sector da saúde, em 27 países representou entre 30% e 59%, e em 10 países representou entre 0% e 29%. Na Nigéria e em Cote d'Ivoire, por exemplo, a despesa do sector privado equivaleu a três quartos de toda a despesa no sector da saúde. Uma conclusão geral, portanto, é que, embora o Governo desempenhe um papel muito importante na maioria dos sistemas de saúde em África, os pagamentos pelo sector privado e, em grande medida, os pagamentos privados (ver abaixo), são mais elevados.

Despesa da segurança social na saúde, como proporção da despesa pública na saúde

Em 2007, 26 dos 51 membros africanos da OMS não possuíam mecanismos de segurança social (fundos de seguro social obrigatórios com pré-pagamento, como seguro médico ou de segurança social nacionais), para contribuir para a despesa na área da saúde, o que implica que, nestes países, a despesa pública é proveniente de receitas públicas. Seis países – Argélia, Egipto, Marrocos, Tunísia, Cabo Verde e Gana – possuíam fundos de segurança social que contribuíam mais de 25% da despesa pública na saúde. O Gana registou a mais elevada proporção de despesa pública proveniente de fundos de segurança social (48.6%), na sequência da introdução da Lei sobre o Seguro de Saúde Nacional em 2003.



Tabela 7.1: Despesa pública e privada na saúde como proporção do total da despesa na área da saúde – países africanos seleccionados (da proporção de despesa pública mais alta para a mais baixa) e regiões da OMS a nível global

Estado Membro	Despesa pública na saúde, como % de toda a despesa na saúde ^b		Despesa privada na saúde, como % de toda a despesa na saúde ^b	
	2000	2007	2000	2007
Argélia	73.3	81.6	26.7	18.4
Guiné Equatorial ^{d,g,m}	49.8	80.4	50.2	19.6
Angola ^g	79.2	80.3	20.8	19.7
Djibouti	67.8	76.6	32.2	23.4
Botswana	61.0	74.6	39.0	25.4
Nigéria ^d	33.5	25.3	66.5	74.7
Togo	29.9	24.9	70.1	75.1
Côte d'Ivoire	24.8	24.0	75.2	76.0
República Democrática do Congo	1.1	20.8	98.9	79.2
Guiné	12.4	11.1	87.6	89.0
Região				
África	43.5	45.3	56.5	54.7
Américas	44.8	47.2	55.2	52.8
Sudeste Asiático	31.2	36.9	68.8	63.1
Europa	75.3	76.0	24.7	24.0
Mediterrâneo Oriental	52.8	55.5	47.2	44.5
Pacífico Ocidental	72.7	67.8	27.3	32.2
Escalão de rendimento				
Baixo rendimento	37.6	41.9	62.4	58.1
Rendimento médio-baixo	37.0	42.4	63.0	57.6
Rendimento médio-alto	52.0	55.2	48.0	44.8
Rendimento alto	59.4	61.3	40.6	38.7
Global	57.9	59.6	42.1	40.4

Fonte: Base de dados da OMS, 2010 (consultar qualificações dos dados na fonte)

Composição da despesa privada na saúde

Um dos temas centrais do Relatório Mundial da Saúde (WHO 2010b) subordinado ao financiamento da saúde, é que, além da necessidade de obter financiamento suficiente para o sector da saúde e assegurar a eficiência da despesa, é fundamental não contar demasiado com os pagamentos directos dos doentes no momento em que devem receber o tratamento. O relatório afirma que 'a obrigação de pagamento directo pelos serviços no momento de necessidade ... impede que milhões de pessoas recebam tratamento médico quando dele necessitam. Para aqueles que procuram tratamento, pode criar grandes dificuldades financeiras, até empobrecimento.' Se a despesa privada for uma componente importante da despesa no sector da saúde, a distribuição entre os pagamentos directos, os fundos privados com pré-pagamento e outra despesa privada (como prestação de serviços de saúde pelos empregadores e por organizações não governamentais) é um bom indicador da capacidade de oferecer acesso equitativo aos serviços de saúde.



Em 2007, entre os membros africanos da OMS, 60% da despesa privada consistia em pagamentos directos num contexto onde 55% de toda a despesa no sector da saúde era financiada pelo sector privado. Isto fornece uma indicação da carga significativa da despesa directa (ou comparticipação de custos) para os agregados familiares. As sociedades reduzem a carga e o risco dos pagamentos directos ao optarem por financiar uma maior proporção da despesa na saúde a partir das receitas fiscais do Estado ou ao criar mecanismos de pagamento e repartição dos riscos – quer seja por intermédio de fundos públicos (segurança social) ou planos privados com pré-pagamento. Conforme referido, mecanismos de segurança social para financiar a despesa na saúde não são comuns em África, sobretudo em África subsariana. Os planos privados com pré-pagamento também não são pouco utilizados em África. Só apenas em dois países, na África do Sul e na Namíbia, é que representam uma percentagem significativa da despesa privada – sendo 66.2% na África do Sul e 64.4% na Namíbia. Em 11 países, os planos privados contribuem entre 10% e 30% da despesa privada, em 20 países este valor é de entre 0% e 9% e, em 18 países, não existem provas de planos pré-pagos (base de dados da OMS, 2010).

Financiamento externo / ajuda de desenvolvimento para a saúde

O financiamento externo contribui sobremaneira para o financiamento dos serviços de saúde em muitos países africanos. A base de dados da OMS revela que, em 2007, cinco países - Níger, Malawi, Moçambique, Libéria e Ruanda - dependiam de recursos externos para financiar mais de 50% da sua despesa no sector da saúde. Outros nove países financiaram entre 30% e 50% da despesa a partir de fontes externas, e 18 países obtêm entre 10% e 30% da despesa da saúde de fontes externas. Dezanove países contaram com apoio externo para menos de 10% da despesa no sector da saúde:

A contribuição relativa de ADS em África subsariana tem aumentado ao ponto de a região agora receber mais financiamento do que todas as outras regiões juntas. Em 1990, África subsariana recebeu 10% da ADS, e de 1997 a 2000, África subsariana recebeu uma proporção inferior de ADS que a América latina. Em 2008, essa proporção tinha aumentado para 29%, representando \$6.92 biliões. Este crescimento é reflexo do aumento contínuo do financiamento para o VIH/SIDA.

O IHME (2010c) concluiu ainda que:

Na última década, as principais prioridades para dos dirigentes mundiais no sector da saúde têm sido o VIH/SIDA, a tuberculose, e a malária, cujas prioridades se fazem reflectir nos padrões de financiamento da ADS. Começando com eventos como a primeira conferência 'Women Deliver' em 2007, tem-se registado um movimento no sentido de aumentar o financiamento para programas de saúde materna e infantil. Mais recentemente, as Nações Unidas (ONU) e outras organizações levantaram preocupações sobre a emergência de doenças crónicas não transmissíveis (DNT) como cancro, doenças cardiovasculares, e diabetes, como aspectos mais proeminentes no mundo em desenvolvimento. Em parte, isto é resultado de melhoramentos económicos e redução da mortalidade infantil e adulta. À medida que as pessoas vivem mais tempo, a probabilidade de sofrer uma doença crónica aumenta.

Embora as tendências revelem que a ADS continua a aumentar, se bem que a um ritmo mais lento, a nossa análise também levanta questões sobre se a ADS está sempre em harmonia com as necessidades, conforme visto na relação entre a ADS e os anos de vida ajustados por incapacidade. Alguns países com cargas relativamente baixas de doença recebem valores desproporcionadamente elevados de ADS, enquanto que outros países com maiores cargas de doença recebem menos.



7.4 Políticas e reformas em África

O continente confronta-se com uma incidência de doenças crescente e em evolução com recursos financeiros e outros limitados. Ademais, os sistemas de saúde africanos (as organizações e instituições responsáveis por lidar com a situação e reunir os recursos necessários) são incapazes de responder adequadamente à procura sempre em mutação. Para a saúde, isto traduz-se em resultados fracos, o que afecta negativamente a pobreza e as perspectivas de desenvolvimento.

Para os ministérios da saúde e das finanças, o desafio reside em encontrar e chegar a um acordo sobre as opções de reforma ou alternativas de política que devem promover em conjunto para melhorar as perspectivas de fazer face aos desafios no domínio da saúde. Existe o consenso de que é necessário mais financiamento e mais recursos, mas que estes estão fora do controlo dos Governos (ver Kutzin 2000), e também que o aumento do financiamento não terá o efeito desejado se o financiamento não for bem aplicado.

As opções de reforma são variadas. O primeiro desafio a superar é chegar a um acordo sobre o quadro conceptual das opções de reforma. As secções anteriores deste documento aludiram aos instrumentos aplicados na avaliação da carga da doença, definiram as funções principais dos sistemas de saúde e descreveram, em termos gerais, as diferenças entre sistemas de saúde. Esta secção sintetiza as abordagens aplicadas na definição das opções de reforma. Também examina os elementos do ciclo de gestão das finanças públicas e das reformas orçamentais, um aspecto importante associado às reformas realizadas nas últimas décadas pelos ministérios das finanças.

Níveis de políticas e elementos de reforma

Frenk (1994) adopta uma abordagem abrangente no que respeita ao “repertório de opções de política”. Identifica quatro sub-componentes de reforma do sector da saúde, cada qual correspondente ao nível político identificado, conforme ilustrado na Caixa 7.1.

Caixa 7.1: Elementos de níveis de reforma e política

1. Reestruturação ou remodelação a nível do sistema – funções e responsabilidades dos actores principais (por exemplo, “princípio de elegibilidade, combinação dos sectores público e privado, agências públicas envolvidas)
2. Reorientação ou reprogramação (repriorização) a nível dos programas para uma afectação mais eficiente de recursos
3. Reorganização a nível organizacional para melhorar as eficiências técnicas (aumentar a produtividade.
4. Reforço a nível instrumental através de sistemas informáticos, investigação, desenvolvimento tecnológico, desenvolvimento dos recursos humanos.

Fonte: Frenk 1994

Frenk (1994) sublinha que os quatro elementos de reforma estão interligados e que, nesta perspectiva, ‘uma estratégia abrangente deve contemplar todos os quatro níveis’. Porém, aponta para o facto de que, embora a determinados pontos e a certos níveis seja impossível ou ‘impolítico’ efectuar mudanças, poderá mesmo assim ser possível fazer progressos a outros níveis. Uma abordagem tipo ‘tudo ou nada’ não é necessária, embora as interligações entre os diferentes níveis devam ser avaliadas e possam vir a constituir obstáculos às reformas se uma perspectiva global não for adoptada.



Políticas macro e microeconómicas para melhorar a optimização dos recursos

A OCDE (2010a), no contexto da optimização dos recursos no sector da saúde, distingue entre duas modalidades de reforma, nomeadamente políticas macroeconómicas para conter a despesa e reformas microeconómicas para melhorar as eficiências. Também distingue entre estas duas 'estratégias' globais (ver Caixa 7.2):

- 'políticas de curto prazo, destinadas a limitar a despesa, funcionando essencialmente através de controlos regulamentares de carácter descendente'; e
- 'políticas de longo prazo, destinadas a melhorar as eficiências, sobretudo ao valorizar os incentivos para os doentes, prestadores de serviços, e entidades reguladoras'. (OCDE 2010b)

Políticas típicas de curto prazo ou de 'comando e controlo' podem contribuir para minimizar a despesa a curto prazo, mas:

contribuem pouco ou nada para aliviar as pressões que provocam o aumento da despesa no médio prazo. A experiência dos países que reduziram a sua despesa após recessões anteriores revela que a redução da despesa na saúde que segue à intensificação de tais opções é de curta duração. É provável ainda que as medidas tomadas para reduzir os custos no curto prazo possam aumentar a despesa no longo prazo – se necessário, os investimentos não são adiados e as devidas políticas de prevenção não são implementadas. (OCDE 2010b)

Caixa 7.2: Reformas macro e microeconómicas para a optimização dos recursos no sector da saúde

1. Políticas macroeconómicas visando a contenção de despesas
 - controlo de salários e preços
 - limiares orçamentais
 - transferência de custos para o sector privado
2. Políticas microeconómicas para maior eficiência
 - 2.1 Lado da procura (prevenção de doenças e promoção de saúde; condicionamento de acesso/triagem; coordenação do tratamento; melhor contacto doente/médico; acesso a médico após as horas de expediente
 - 2.2 Lado da oferta (substituir cuidados hospitalares por cuidados ambulatoriais; intensificar as responsabilidades dos utentes dos serviços; melhorar os sistemas hospitalares de contratação/aquisição/pagamento; aumentar a autonomia administrativa; melhorar os métodos/incentivos de pagamento nos hospitais; controlar as mudanças tecnológicas e os preços dos bens médicos; aumentar o recursos a TIC para transmissão de informação)

Fonte: OCDE 2010a&b

Reforma do financiamento no sector da saúde e eliminação de desperdícios

Com destaque para o financiamento dos serviços de saúde, e notando que, de acordo com várias estimativas, '20–40% de toda a despesa no sector da saúde é desperdiçada por ineficiências', a OMS (2010b) identifica três 'desafios de financiamento da saúde', designadamente':



- angariar fundos suficientes para a saúde, ao melhorar a eficácia da cobrança de receitas, redefinir as prioridades dos orçamentos, procurar financiamento inovador, e desenvolver e recorrer à ajuda para a saúde;
- remover os riscos financeiros e as barreiras financeiras ao acesso ao adoptar um sistema de pré-pagamento e de agrupamento de fundos; e
- melhorar a utilização dos recursos disponíveis.

A OMS (2010b) preparou uma longa lista de factores de desperdício, que podem ser resumidos em cinco categorias gerais, designadamente:

- desperdício de medicamentos e de outros produtos e serviços médicos;
- trabalhadores desmotivados ou combinação inapropriada ou onerosa de aptidões;
- desperdícios nos serviços de saúde, com baixas hospitalares desnecessárias ou períodos excessivos de hospitalização, dimensão inapropriada dos hospitais, erros médicos e qualidade inferior;
- corrupção e fraude;
- combinação errada de intervenções e estratégias inapropriadas.

Embora a lista de intervenções ('formas directas e práticas de reduzir o desperdício ... [para] informação dos decisores em função das suas próprias necessidades, reconhecendo que os seus contextos podem oferecer outras oportunidades') seja longa, elas podem ser agrupadas nas áreas de informação e formação, regulamentação e monitorização, e incentivos. No que respeita aos incentivos destinados a promover a eficiência, os seguintes foram identificados:

- reforço dos sistemas de pagamento aos fornecedores;
- aumentar a remuneração dos trabalhadores;
- aumentar compras activas; e
- evitar a fragmentação dos fluxos de financiamento.

Embora tenham sido introduzidos amplos controlos e modalidades de comparticipação para combater a tendência de prestar serviços excessivos num contexto de cobrança pelo serviços, estes estão sujeitos a limitações que provocaram o movimento a favor da capitação (uma taxa predefinida para cobrir todas as necessidades de saúde de uma pessoa registada junto de um prestador) a nível dos cuidados primários e sistemas baseados no tratamento, no caso de serviços hospitalares. Num sistema de remuneração baseado em grupos de diagnóstico, as categorias de doenças e intervenções são inseridas em 'grupos de custos homogéneos, aos quais são atribuídos custos médios de tratamento. O hospital é reembolsado um valor fixo, independentemente da intensidade do tratamento que opta por dar ao doente, ou independentemente da duração do internamento hospitalar.' (OMS 2010b)

Ao referir ao exemplo dos salários baixos na função pública, resultando em que o pessoal faça 'biscates', a OMS (2010b) avisa que 'a redução da ineficiência não passa necessariamente pela redução da despesa; a ineficiência pode ser provocada por despesa insuficiente, em vez que excesso de despesa'.

Reformas principais do sistema no contexto de um sistema centralizado

De modo mais focado que a análise acima, Ensor e Ronoh (2005) procuram avaliar o impacto das alterações organizacionais na prestação dos serviços reprodutivos. Colocam estas alterações organizacionais ou reformas no contexto de um 'esquema estilizado de um sistema de saúde historicamente centralizado' (ver a Figura 7.5). Algumas características de um tal sistema, com planeamento e financiamento central (o enquadramento dos sistemas em muitos países de baixo rendimento, conforme por eles assinalado) são:

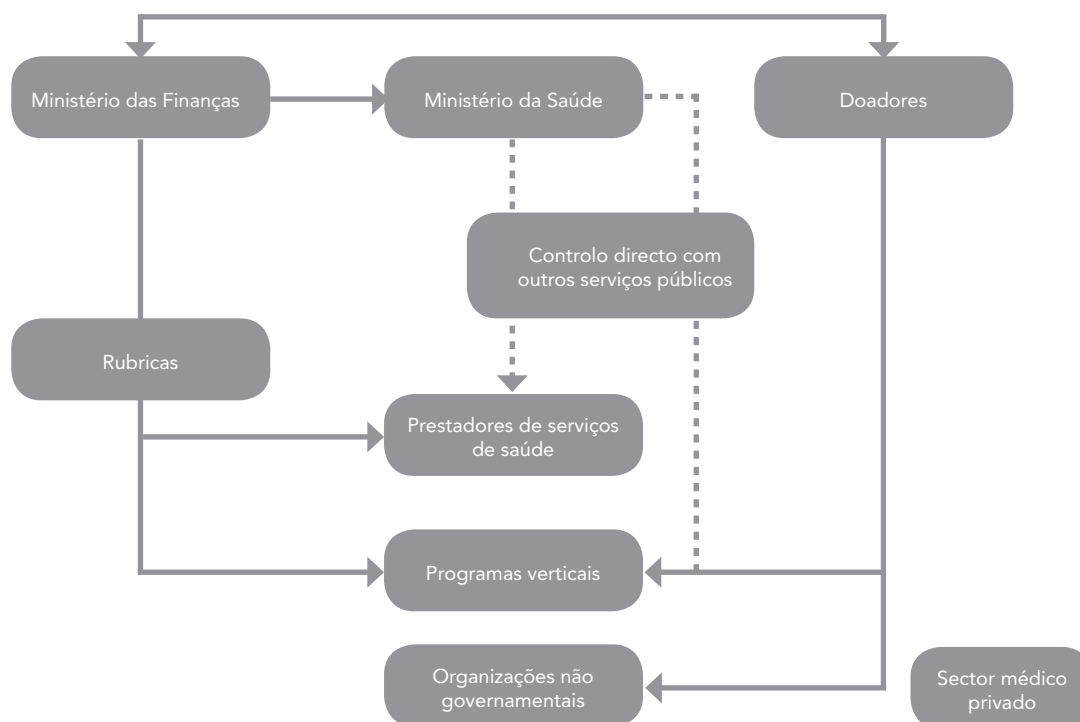


- financiamento público e prestação de serviços em instalações públicas num sistema burocrático e hierárquico, o que implica o controlo directo, pelas burocracias centrais, dos prestadores de serviços, planeamento centralizado e restrições (por exemplo, políticas de remuneração relativas aos prestadores);
- financiamento, através da afectação habitual de verbas por rubricas como remuneração de pessoal, outras despesas correntes, a saber medicamentos e despesa de capital, com pouca flexibilidade para usar as verbas noutras categorias de despesa para melhorar a eficiência e responder a novas situações (os orçamentos são normalmente ajustados incrementalmente, sem consideração pelas actividades ou carga de trabalho);
- programas verticais para intervenções prioritárias; e
- apoio significativo dos doadores, sobretudo para os programas verticais existentes ou em colaboração com sistemas não governamentais paralelos.

Este esquema serve para contextualizar e caracterizar muitas das recentes reformas no domínio da saúde. Ensor e Ronoh (2005) identificam 'três alterações importantes dos sistemas centralizados ... em muitos países de rendimento baixo e médio':

- controlo descentralizado da gestão e do orçamento, com vista a transmitir para os profissionais e comunidades locais um maior controlo em relação à utilização de recursos para prestar serviços, ao continuar a prestar contas às agências centrais;
- participação do sector não governamental, com e sem fins lucrativos, na prestação de serviços prioritários programados e financiados pelo sector público às comunidades; e
- integração, que tem procurado agregar o planeamento e o financiamento dos serviços de planeamento familiar e de saúde materna, entre outros, ao introduzir também abordagens sectoriais (SWAps) com vista a desenvolver a programação conjunta do financiamento externo e público para o sector.

Figura 7.5: Esquema de um sistema de saúde histórico centralizado





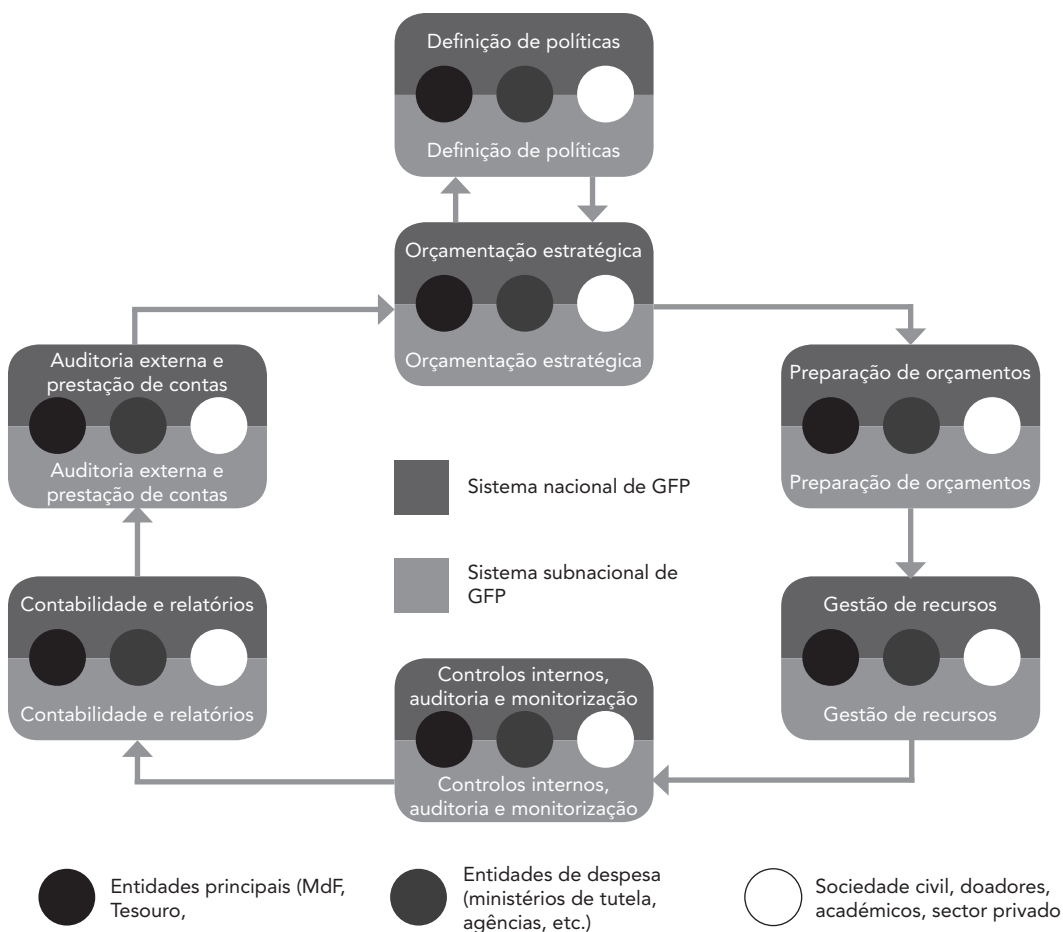
7.5 Reforma da gestão das finanças públicas (GFP)

Para implementar reformas e políticas, é necessário financiamento. O financiamento provém dos orçamentos ou dos processos de gestão financeira. Uma característica de um sistema centralizado 'típico' (conforme ilustrado na Figura 7.5) é que o financiamento é distribuído aos prestadores através das rubricas orçamentais dotadas de verbas para determinadas categorias económicas (pessoal, outra despesa corrente e de capital). Na maioria dos casos, estes orçamentos são ajustados anualmente com base incremental ou de custo histórico. Em comparação a tais 'orçamentos baseados nos insumos', que respondem com muita lentidão às evoluções e prioridades políticas, a reforma da GFP ou orçamental procura implementar processos orçamentais e financeiros que têm por objectivo:

- agregar a certeza e a estabilidade da disciplina fiscal (despesa sem ultrapassar os limites) e despesa sectorial;
- despesa em harmonia com as prioridades do sector (respondendo às verdadeiras necessidades); e
- eficiência e optimização da despesa (em parte, ao assegurar uma melhor definição de planos, e ao reforçar o controlo da despesa e dos serviços prestados, ou seja, melhor prestação de contas).

A Figura 7.6 apresenta, em formato esquemático, o processo de GFP.

Figura 7.6: Actores e elementos principais do processo de GFP





Andrews (2007) define a 'orçamentação estratégica' como o 'vínculo política-orçamento' e a determinação do envelope e limites de recursos. Conforme ilustrado na Figura 7.6, idealmente, a orçamentação estratégica decorre dos processos políticos, o que inclui 'processos de revisão e desenvolvimento de políticas nacionais e sectoriais'. A 'eficácia política' exige um vínculo estreito entre as políticas e a formulação dos orçamentos' (Fölscher 2006).

Esta interface entre políticas e orçamentos é fundamental para um diálogo entre os ministérios da saúde e das finanças. Em ambas as 'esferas' (política sectorial e reforma das finanças a nível central) tem-se registado reformas profundas e desenvolvimento de ferramentas. No sector da saúde, tem-se assistido a uma difusão de dados e ferramentas para a avaliação de opções. A par disto, a reforma da GFP tem prosseguido em África (Fölscher 2006) e, frequentemente, tem impulsionado reformas sectoriais em matéria do planeamento.

8. Conclusão

África confronta-se com uma carga da doença significativa e em evolução, com alguns comentadores a referirem-se ao desafio quádruplo – para além de uma carga crescente de doenças transmissíveis e uma maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, o continente enfrenta a epidemia do VIH/SIDA, e uma elevada incidência de lesões acrescenta à procura de serviços de saúde.

A África tem de superar este desafio com recursos limitados e sistemas de saúde que não têm evoluído com dinâmica e com o propósito de responder à procura. Embora a escassez de recursos seja um problema significativo, frequentemente os recursos não são empregues com eficiência e, por conseguinte, os impactos não são maximizados.

Existem numerosos conselhos sobre as reformas necessárias para otimizar a despesa e um longo elenco de opções políticas. Recentemente, a OMS (2010b) e a OCDE (2010a, 2010b) prepararam inventários a este respeito. Além disto, e já há algum tempo, várias experiências em matéria da reforma do sistema de saúde em todo o mundo têm-se concentrado em melhorar tanto a equidade como a eficiência dos serviços de saúde. A literatura contém muitos exemplos e abordagens para a classificação destas opções.

Algumas reformas de alto nível, frequentemente prescritas e implementadas, também em África, são:

- reforma dos sistemas de financiamento (para alargar a fontes de financiamento, aumentar as taxas de pré-pagamento e agrupamento de riscos e aumentar os incentivos de eficiência);
- reestruturação das responsabilidades dos sectores público e privado em matéria da saúde;
- dar mais autonomia e responsabilidade aos prestadores de serviço, com menos controlo da parte do Governo (descentralização); e
- melhorar a coordenação entre as diversas fontes de financiamento (como o Governo e os doadores) e melhor integração dos programas.

Para além destas reformas de alto nível, designadas de 'macro-financeiras', foram implementadas 'reformas de gestão a nível macro' (Frenk 2006). Aliás, para definir a optimização dos recursos na agenda da saúde em África, será importante distinguir entre os diferentes níveis de mudanças ou reformas do sistema de saúde, ao procurar os pontos de entrada mais apropriados e não descurar os elos entre os diferentes níveis de reforma. A distinção aplicada por Frenk (1994) entre mudanças sistémicas (reestruturação), mudanças



programáticas (reorientação), mudanças organizacionais (reorganização) e inteligência e apoio institucional (reforço) é útil neste domínio.

Os países em África também procuraram introduzir reformas a vários níveis, existindo já uma rica experiência que pode ser utilizada para informar diálogos futuros em matéria da saúde/finanças. Sobretudo na área do financiamento das reformas, existe um conjunto de experiências mais ou menos bem sucedidas, algumas mais recentes, outras de longa duração, associadas aos sistemas de pré-pagamento e agrupamento (a saber, seguro social e de saúde comunitária), com um maior destaque para a prestação do sector privado e com modificação dos sistemas orçamentais e de reembolso para a saúde. Estas estratégias de financiamento (o tema do segundo diálogo da CABRI sobre o financiamento para a saúde) contam fortemente com sistemas de gestão e controlo, salientando a importância do terceiro diálogo da CABRI sobre a saúde/financiamento, que irá estudar estes aspectos.



Referências/Bibliografia

- Barbiero V (2006) *Africa health trends: A 21st century imperative*. Washington DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Barry S & Mensah O (2005) Health development planning in the African Region: A status report. *African Health Monitor* 6(1): 9–12.
- Beattie A, Doherty J, Gilson Lucy, Lambo E & Shaw P (eds) (1996), *Sustainable health care financing in southern Africa: Papers from an EDI Health Policy Seminar held in Johannesburg, South Africa*. Washington DC: World Bank.
- Borowitz M et al. (1999) *Program report: Conceptual foundations for Central Asian republic health reform model*. Almaty: ABT Associates for USAID.
- Cavagnero E, Carrin G, Xu K & Aguilar-Rivera A (2006) Health financing in Argentina: An empirical study of health care expenditure and utilization. Working Papers: Innovations in Health Financing 8. Fundación Mexicana para la Salud, A. C./Instituto Nacional de Salud Pública.
- Chatora R (2005) Healthcare financing in the African region. *African Health Monitor* 6(1): 13–16.
- Chunling L, Schneider M, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D & Murray C (2010) Public financing of health in developing countries: A cross-national systematic analysis. *The Lancet* 375(9 723): 1 375–87.
- Clarke G & Ostrowski C (2009) *Improving ministry of health and ministry of finance relationships for increased health funding*. Global Health Initiative Policy Brief. Washington DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Ensor T & Ronoh J (2005) Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: A review of the literature. *The International Journal of Health Planning and Management* 20(3): 209–25.
- Frenk J (1994) Dimensions of health system reform. *Health Policy* 27(1): 19–34.
- Frenk J (2006) Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet* 368(9 539): 954–961.
- Folscher (2006), Introduction: African Experience with Budget Reform, in *OECD Journal on Budgeting*, Volume 6 number 2
- Gilson L & Mills A (1995) Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years. *Health Policy* 32: 215–43.
- Gilson Let al. (2003) The SAZA study: Implementing health financing reform in South Africa and Zambia. *Health Policy and Planning* 18(1): 31–46.
- Gunilla B et al. (2008) Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries. *The Lancet* 372(9 655): 2 047–85.
- Horton R (2001) Ghana: defining the African challenge. *The Lancet* 358: 2 141–49.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2010a) *Building momentum: Global progress towards reducing maternal and child mortality*. Washington DC: IHME.
- IHME (2010b) *Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010*. Available at: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010>. Acedido a 3 de Março.
- IHME (2010c) *Financing global health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty*. Seattle: IHME.



- IFC (International Finance Corporation) (2007) *The business of health in Africa: Partnering with the private sector to improve people's lives*. Washington DC: IFC.
- Kaseje D (2006) *Health care in Africa: Challenges, opportunities and an emerging model for improvement*. Washington DC: The Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Kirigia J, Preker A, Carrin G, Mwikisa C & Diarra-Nama A (2006) An overview of health financing patterns and the way forward in the WHO African region. *East African Medical Journal* 83(9) September (Supplement).
- Kirigia J & Barry S (2008) Health challenges in Africa and the way forward. *International Archives of Medicine* 1(1): 27.
- Kutzin J (2000) *Towards universal health care coverage: A goal-oriented framework for policy analysis*. GPE Discussion Paper. Geneva: WHO.
- Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D & Murray C (eds) (2006) *Global burden of disease and risk factors*. Washington DC: World Bank.
- McIntyre D, Gilson L & Mutyambizi V (2005) *Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future prospects*. Equinet Discussion Paper (27).
- Murray C & Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6): 717–31.
- Osewe P (2006) *Strengthening the role of the private sector in expanding health coverage in Africa*. Washington DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010a) *Value for money in health spending*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD.
- OECD (2010b) *Health system priorities when money is tight*. OECD health ministerial meeting. Paris: OECD.
- Rajaratnam J et al. (2010a) Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: A systematic analysis. *The Lancet* 375(9 727): 1 704–20.
- Rajaratnam J et al. (2010b) Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet* 375(9 730): 1 988–2 008.
- Rusa L, Schneidman M, Fritsche G & Musango L (2009) Rwanda: Performance-based financing in the public sector. In Eischler et al. (eds) *Performance incentives for global health: Potential and pitfalls*. Washington DC: Center for Global Development.
- UNDP (United Nations Development programme) (2010) *Human development report 2010*. New York: Palgrave Macmillan.
- World Bank (1993) *World development report 1993: Investing in health*. Washington DC: World Bank.
- WHO (World Health Organisation) (2000) *World health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
- WHO (2005) *World health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2006a) *Health situation analysis in the African Region: Basic indicators 2006*. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa.
- WHO (2006b) *The African regional health report: The health of the people*. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa.



WHO (2006c) *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: WHO.

WHO (2007) *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva: WHO.

WHO (2010a) *World health statistics 2010*. Geneva: WHO.

WHO (2010b) *World health report 2010: Health systems financing – the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organisation.



Esta publicação foi produzida com o apoio generoso do Ministério Federal para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos da Alemanha (BMZ) através da Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.



A GIZ não partilha necessariamente as opiniões expressadas nesta publicação. A CABRI assume plena responsabilidade por este conteúdo.