



DIÁLOGO SOBRE A SAÚDE

Estudo de Caso

Controlo e eliminação da malária – Zanzibar

CABRI 

CONECTAR • PARTILHAR • REFORMAR



CABRI diálogo sobre a saúde

Estudo de Caso

Controlo e eliminação da malária – Zanzibar



Índice

Lista de tabelas e figuras	1
Abreviaturas	2
Prefácio	3
1. Introdução	4
2. O Estudo de Caso	4
2.1 Antecedentes: A malária em África	5
2.2 Programas de saúde e de combate à malária em Zanzibar	6
2.3 Aspectos chave e dinâmica em torno da estratégia da malária	12
2.4 Contrastando exemplos do resto de África – controlo e eliminação	20
3. A tarefa	22
Referências/Bibliografia	23
Anexo A: Lista das pessoas consultadas	25



Lista de tabelas e figuras

Tabela 1.1	Indicadores demográficos, PIB e pobreza em Zanzibar	4
Tabela 2.1	Orçamento do ZMCP, discriminado por fonte de financiamento, Exercícios 2008/09 e 2009/10	10
Tabela 2.2	Estimativas dos custos para eliminar a malária em três locais	21
Figura 2.1	Categorização de países livres da malária, em vias de eliminar a malária, ou controlando a malária, 2009	6
Figura 2.2	Fluxo de fundos no sector da saúde	8
Figura 2.3	Proporção dos fundos destinados ao sector da saúde por fonte, exercícios 2004/05 até 2008/09	8
Figura 2.4	Estrutura organizacional do ZMCP no Ministério da Saúde	9
Figura 2.5	Discriminação da despesa do ZMCP por categoria, exercícios 2008/09 e 2009/10	11
Figura 2.6	Factores determinantes da viabilidade técnica da eliminação	13
Figura 2.7	Despesa dos PD não sector da saúde, exercício de 2008/09	16
Figura 2.8	Financiamento externo do sector da saúde por PD, exercícios 2004/05 a 2008/09	17



Abreviaturas

ACT	Terapia combinada à base de artemisina
AOG	Apoio ao Orçamento Geral
CABRI	<i>Collaborative African Budget Reform Initiative</i> Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África
EDCS	Equipa Distrital de Controlo Sanitário
GFATM	Fundo Global de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
GRZ	Governo Revolucionário de Zanzibar
IPM	Iniciativa Presidencial contra a Malária
MTI	Mosquiteiros tratados com insecticida
NSSF	Fundo Nacional para a Segurança Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPM	<i>Oxford Policy Management</i>
OR	Organização Religiosa
OSC	Organização da Sociedade Civil
PD	Parceiros de Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto
PRI	Pulverização Residual Intra-domiciliária
RTI	<i>Research Triangle Institute</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
ZMCP	Programa para o Controlo da Malária em Zanzibar
ZSSF	Fundo para a Segurança Social em Zanzibar



Prefácio

O presente estudo de caso foi elaborado para ser usado no diálogo da CABRI subordinado ao tema 'Boa Relação Qualidade-Preço no Sector da Saúde: Planeamento e Políticas'. A equipa de apoio do diálogo foi dirigida por John Kruger. Outros membros da equipa são: Orvill Adams (perito em matéria da saúde), Ramlatu Attah (investigador do estudo de caso) e Clara Picanyol (investigadora do estudo de caso). Tim Ensor e Alex Matheson prestaram orientações e garantia de qualidade.

Os estudos de casos elaborados para o seminário não visam apresentar um relatório de estudo, mas permitir aos participantes aplicarem as abordagens, os conceitos, os enquadramentos e os instrumentos referidos nos documentos de base às situações da vida real. Os estudos de caso apresentam um problema prático aos participantes, para análise e reflexão, com base na informação apresentada no estudo de caso, nos conhecimentos adquiridos das exposições apresentadas durante o seminário, e na experiência própria.

A elaboração do estudo de caso começou com uma análise da documentação e uma visita ao país para entrevistar o pessoal envolvido na definição e na execução de políticas no sector da saúde em Zanzibar.

A autora¹ deseja agradecer a todas as pessoas afectas ao Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e Economia, Programa de Controlo da Malária em Zanzibar e Equipa Distrital de Controlo Sanitário, que se disponibilizaram a apresentar informação e a partilhar os seus conhecimentos para o estudo de caso. A autora manifesta os seus agradecimentos especiais a Moritz Piatti pelo apoio durante toda a missão, assim como a Ranil Dissanayake pela ajuda em organizar as reuniões.

Os erros de interpretação ou dos factos são da inteira responsabilidade da autora.

¹ Clara Picanyol



1. Introdução

Zanzibar está perante uma encruzilhada: pode procurar manter e melhorar marginalmente as suas acções de controlo com vista a reprimir indefinidamente a malária, ou pode optar por eliminar a malária das ilhas de uma vez para sempre. Zanzibar já conseguiu um nível elevado de controlo, tendo alcançado uma taxa de prevalência de 1% e uma cobertura de pulverização residual intra-domiciliária (PRI) de 96% dos agregados familiares (ZMCP, 2009). A fim de tomar uma decisão informada, o Ministério da Saúde e da Assistência Social realizou uma avaliação abrangente da viabilidade da eliminação em Zanzibar, assente nas boas práticas internacionais e numa análise profunda das condições nas ilhas. A avaliação que resultou do estudo efectuado pelo Programa de Controlo da Malária em Zanzibar foi recomendada a outros como boa prática para a tomada de decisões (ver Feachem et al 2010a).

Tabela 1.1: Indicadores demográficos, PIB e pobreza em Zanzibar

Habitantes	981 754 (2002)
Densidade populacional	370 habitantes por km ² (2002)
PIB	US\$583 milhões (2008)
PIB por capita	US\$496 (2008)
Pobreza (habitantes abaixo do limiar da pobreza)	49% (2004)

Fonte: Séries de dados da ONU

A escolha entre o controlo contínuo e a eliminação da malária em Zanzibar representa um estudo de caso singular para ilustrar as abordagens relativamente à definição de planos e avaliação da viabilidade e da relação custo-eficácia das intervenções no domínio da saúde, enquanto componentes essenciais do processo de planeamento. Também levanta outros aspectos relacionados com a dinâmica do processo de tomada de decisão em relação ao programa de luta contra a malária em Zanzibar.

Você foi recentemente nomeado pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro das Finanças no seu país para efectuar uma análise preliminar das limitações do actual programa de luta contra a malária no seu país, e para formular recomendações sobre as medidas a tomar no futuro, atendendo à experiência de Zanzibar. Será questionado sobre os principais desafios e os eventuais modelos para superá-los, ao propor uma estratégia contra a malária.

A Secção 2 (o estudo de caso) está estruturada do seguinte modo: a Secção 2.1 contém os antecedentes em relação à malária em África; a Secção 2.2 descreve as características principais do sistema de saúde em Zanzibar, com ênfase sobre o programa contra a malária; a Secção 2.3 analisa os aspectos principais e a dinâmica que regem a estratégia relativa à malária, assinalados pelos inquiridos e a serem discutidos pelos participantes; e a Secção 2.4 apresenta algumas conclusões em relação a outros países.

2. O Estudo de Caso

2.1 Antecedentes: A malária em África

A malária apresenta obstáculos importantes para o desenvolvimento socio-económico em África subsaariana. Estima-se que as perdas de PIB para África excedem os 12 biliões de dólares por ano, embora o controlo custe uma fracção desse valor. A malária é a causa principal de mortalidade de crianças com idades inferiores aos cinco anos (20%) em África, e representa 10% do fardo total da doença no continente. Representa 40% da despesa de saúde pública,



30-50% das baixas hospitalares, e até 50% das consultas ambulatoriais em zonas com taxas elevadas de transmissão da malária. Alguns economistas avançam a opinião que a malária é responsável pela penalização do crescimento em até 1.3% por ano em alguns países africanos (Roll Back Malaria 2011), embora seja difícil estabelecer o nexo de causalidade.

Esta situação mantém-se, não obstante o 'progresso notável' (Feachem et al. 2010) no combate à doença nos últimos 100 anos. Nos últimos anos, tem-se registado um renovado interesse em combater a malária, sobretudo em África, com o lançamento de campanhas internacionais, reforço do financiamento e intensificação de certas estratégias. Alguns países africanos registaram progressos significativos, tendo introduzido planos ambiciosos. A OMS afirmou recentemente que 'como resultado do reforço da utilização de mosquitos tratados com insecticida, pulverização residual intra-domiciliária, tratamento preventivo intermitente durante a gravidez e terapia combinada à base de artemisina (ACT), dez dos países que integram a região africana da OMS conseguiram reduzir o índice da malária em pelo menos 50% entre o ano 2000 e 2008' (OMS, 2011).

O combate à malária depende fortemente de financiamento internacional. Na última década, as acções de advocacia a nível internacional foram coroadas de sucessos extraordinários. Em 1998, a despesa global com o controlo da malária rondou os US\$100 milhões. Até finais de 2009, o Fundo Mundial havia aprovado \$5.3 biliões para 191 subvenções associadas ao controlo da malária em 82 países, quase 75% de todo o financiamento externo para a saúde nesses países. Os novos fundos têm sido aplicados para financiar um conjunto bastante coerente de intervenções prioritárias na maioria dos países africanos, incluindo a utilização de mosquitos tratados com insecticida (MTI), recurso selectivo a pulverização residual intra-domiciliária (PRI), redução das consequências materno-infantis da infecção durante a gravidez, substituição de fármacos desactualizados por ACT, e melhoramento das capacidades de diagnóstico nos centros de saúde, com despistagem rápida. A escala do aumento do financiamento para o controlo e a prevenção da malária resultou no aumento exponencial da importação de redes mosquiteiras e ACTs. Um número crescente de países africanos adoptou políticas de apoio à distribuição generalizada gratuita de mosquitos tratados com insecticidas, com o apoio da OMS. Mais países estão em vias de adoptar a PRI, para suplementar a utilização de mosquitos tratados com insecticidas. Em 2003, apenas quatro países em África haviam adoptado a ACT como tratamento de primeira linha; até 2010, a ACT constituía o tratamento de primeira linha em todos os países em África em que a malária é endémica (Snow, R. e K. Marsh, 2010).

Existe um consenso sobre uma abordagem em três vertentes para erradicar a malária: (1) 'controlo agressivo em regiões caracterizadas por um fardo elevado' (2) 'eliminação progressiva em zonas endémicas para reduzir a pegada da malária' (3) 'pesquisa e desenvolvimento para desenvolver novas ferramentas e técnicas com vista a atingir toda a população em risco' (Feachem et al 2010a; Kahn 2009). Embora exista a necessidade de aprimorar as ferramentas (como as vacinas, entre outras) também existe um consenso acerca das ferramentas mais importantes para controlar a doença: redes mosquiteiras nas camas, tratamento combinado eficaz com base em artemisina, e insecticidas (Yamey 2004).

Alguns receiam que os ganhos alcançados nos últimos anos possam vir a ser invertidos, a menos que os doadores e os países congreguem os recursos numa abordagem comum. Se cada doador e cada agência continuar a prosseguir a sua própria agenda, a dinâmica gerada nos últimos cinco anos será perdida e substituída pelo fatalismo e inacção que caracterizaram as últimas décadas do século XX (Feachem and Sabot, 2008).

Em muitos dos países em África, o desafio reside em intensificar o controlo da malária, embora alguns tenham de optar entre continuar a controlar a malária ou introduzir uma política de



eliminação da malária. A 'eliminação' é uma 'situação em que as intervenções interrompem a transmissão endémica e reduzem a retransmissão para limiares que atenuam o risco de reincidência. É imprescindível que exista tanto a capacidade como o compromisso para sustentar esta situação' (Lancet 2010).

Actualmente, seis países em África estão livres de malária: Lesoto, Líbia, Marrocos, Maurícias, Tunísia e Seicheles. Seis países em África integram a lista de 32 'países em vias de eliminar a malária' (Feachem et al 2010b): Cabo Verde, Swazilândia, Argélia, Botswana, Namíbia e África do Sul. Zanzibar é outro Estado que se confronta com a opção entre controlo sustentado e eliminação.

Figura 2.1: Categorização de países livres da malária, em vias de eliminar a malária, ou controlando a malária, 2009



Fonte: Feachem et al (2009b)

2.2 Programas de saúde e de combate à malária em Zanzibar

2.2.1 O Sistema de Saúde em Zanzibar

O sistema de saúde pública assenta num modelo distrital consistindo numa rede de unidades de cuidados primários, complementada por unidades de cuidados secundários (Centros de Cuidados Primários, Hospitais Distritais) e um hospital terciário de reencaminhamento em Stonetown (Unguja). Os centros de cuidados primários oferecem tratamento em regime de internamento (30 camas), alguns oferecem serviços mais avançados como raios-x e abrangem populações maiores. Os três hospitais distritais representam o segundo nível de reencaminhamento e possuem capacidades de intervenção cirúrgica. Estão todos localizados em Pemba.

Recursos Humanos: O Relatório de Desempenho do Ministério da Saúde e da Assistência Social relativo ao ano 2008, revela que o desempenho a todos os níveis é ineficiente e ineficaz por motivos de ausências não justificadas, descrições de funções pouco claras, fraco aproveitamento das competências, ausência de um sistema de recompensa ou disciplinar, elevada rotatividade do pessoal, falta de compromisso e ausência de uma cultura de mentoria e acompanhamento dos quadros inexperientes. Embora as estatísticas possam divergir no que respeita a Zanzibar em particular, na Tanzânia existem 0.01 médicos por 1,000 pessoas (estimativas de 2006), 0.37 enfermeiras-partadeiras por 1,000 pessoas (estimativas de 2006), 0.82 outros trabalhadores de saúde por 1,000 pessoas e 0.9 camas de hospital por 1,000 pessoas (WRA, 2007).



Acesso aos serviços de saúde: Um inquérito visando saber se as pessoas procuram cuidados de saúde quando adoecem e as razões porque não o fazem revelou que, ao contrário de muitos países, o factor geográfico não constitui o obstáculo principal ao acesso aos serviços médicos públicos em Zanzibar. 95% da população vive a um raio de 5km dum centro de saúde, embora apenas durante determinadas horas por dia porque nem todos os centros estão abertos todo o dia.

Comparticipação de custos: A participação de custos, ou taxas moderadoras não foram introduzidas oficialmente embora existam a todos os níveis do sistema de saúde pública. A despistagem da malária é gratuita na maioria dos centros de saúde, embora seja cobrada uma taxa aos doentes por algumas análises de laboratório. Estes serviços incluem reencaminhamento potencialmente importante para o tratamento da malária. Estas taxas 'não oficiais' variam de um centro de saúde para outro e são cobradas no ponto de serviço (ZMCP, 2009). Nos finais de 2007, o Ministério da Saúde introduziu normas de participação de custos, mas estas não foram comunicadas aos hospitais nem oficializadas.

2.2.2 Fluxos de financiamento

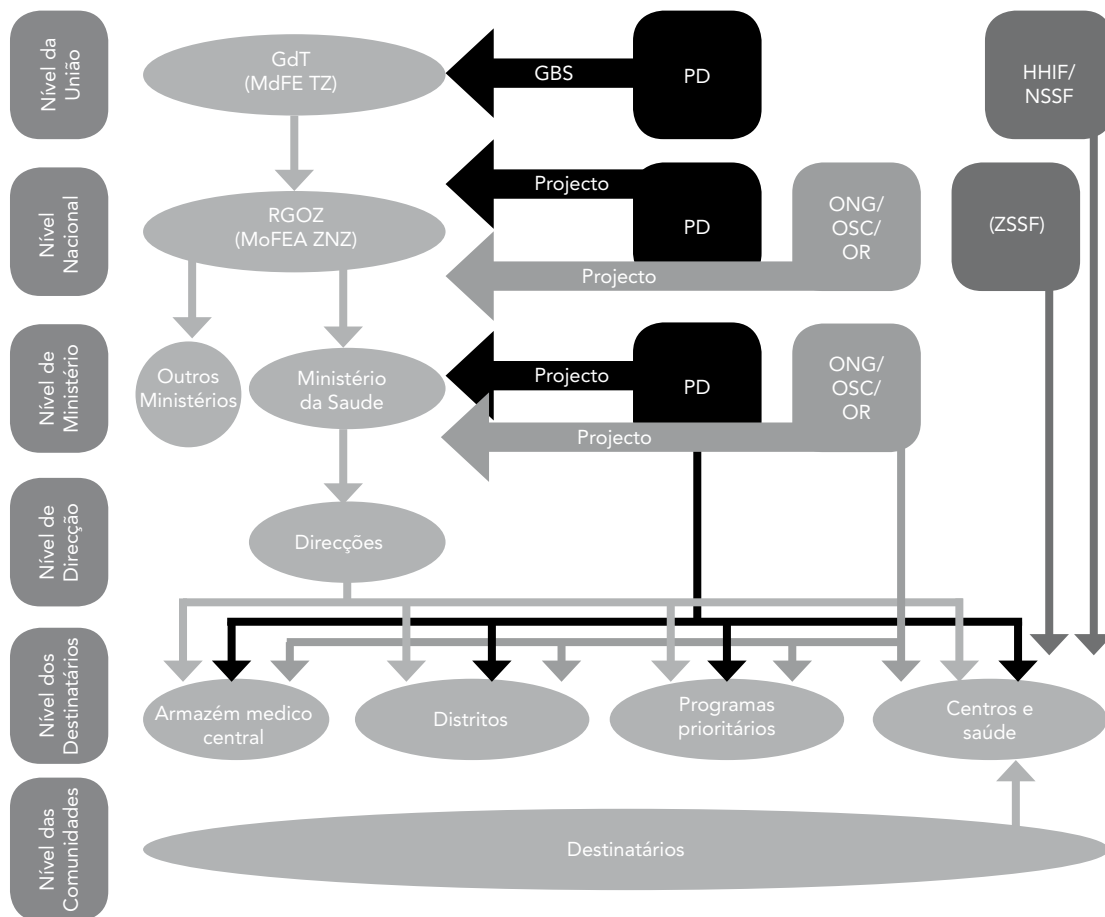
O sector da saúde em Zanzibar dispõe de quatro fontes principais de financiamento:

- fundos do orçamento geral;
- parceiros de desenvolvimento (incluindo organizações não governamentais, organizações da sociedade civil e organizações religiosas);
- instituições sociais de seguro médico; e
- doentes.

Os recipientes finais destes fundos são o Armazém Médico Central, os distritos, os programas prioritários e os centros de saúde (incluindo hospitais e centros de cuidados primários).

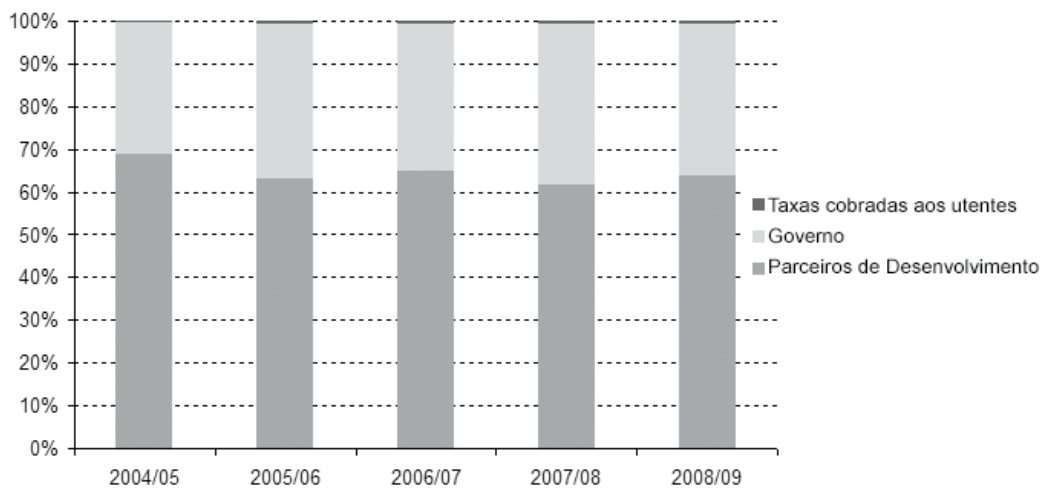
A dado momento, a maioria do financiamento passa pelo Ministério da Saúde. Os Parceiros de Desenvolvimento não canalizam o apoio ao sector da saúde através do Ministério das Finanças e Economia (MdFE) (no exercício 2008/09, apenas a UNICEF o fez), salvo no que toca aos fundos de Apoio ao Orçamento Geral transferidos directamente do Governo da Tanzânia. Estes canalizam os fundos através do Ministério da Saúde ou directamente aos destinatários. Esta é a situação também no que respeita às ONG, OSC e OR. Adicionalmente, os centros de saúde recebem financiamento directo das Instituições Nacionais de Seguro de Saúde, a saber o Fundo Nacional de Seguro Médico (NHIF), o Fundo Nacional de Segurança Social (NSSF) – ambas instituições do Governo da União – e o Fundo de Segurança Social de Zanzibar (ZSSF). Estes reembolsam as despesas de atendimento médico dos seus membros. O NHIF concedeu creditação a dois hospitais em Zanzibar como prestadores de serviços aptos a pedirem reembolsos, um dos quais é o hospital público (Hospital Mnazi Mmoja) e o outro é hospital privado. No exercício 2008/09, o hospital público recebeu um total de TSh434,175. Até Dezembro de 2009, nenhuma instalação de saúde havia recebido fundos tanto do NSSF como do ZSSF, embora o NSSF esteja mais avançado que o ZSSF no que respeita à sua prontidão para fazer pagamentos (Ministério da Saúde, 2010).

Igualmente, os centros de saúde também recebem fundos das participações que são cobradas aos utentes em todos os hospitais (Ministério da Saúde, 2010). O fluxo de financiamento está ilustrado na Figura 2.2.

**Figura 2.2:** Fluxo de fundos no sector da saúde

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

Em termos da proporção dos fundos por fonte, nos últimos cinco anos, os Parceiros de Desenvolvimento têm contribuído cerca de um terço dos fundos do sector da saúde. Trata-se, portanto, de um sector altamente dependente da ajuda, um factor de grande preocupação para o Ministério da Saúde. Este assunto é abordado em mais pormenor na Secção 2.3.5.

Figura 2.3: Proporção dos fundos destinados ao sector da saúde por fonte, exercícios 2004/05 até 2008/09

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

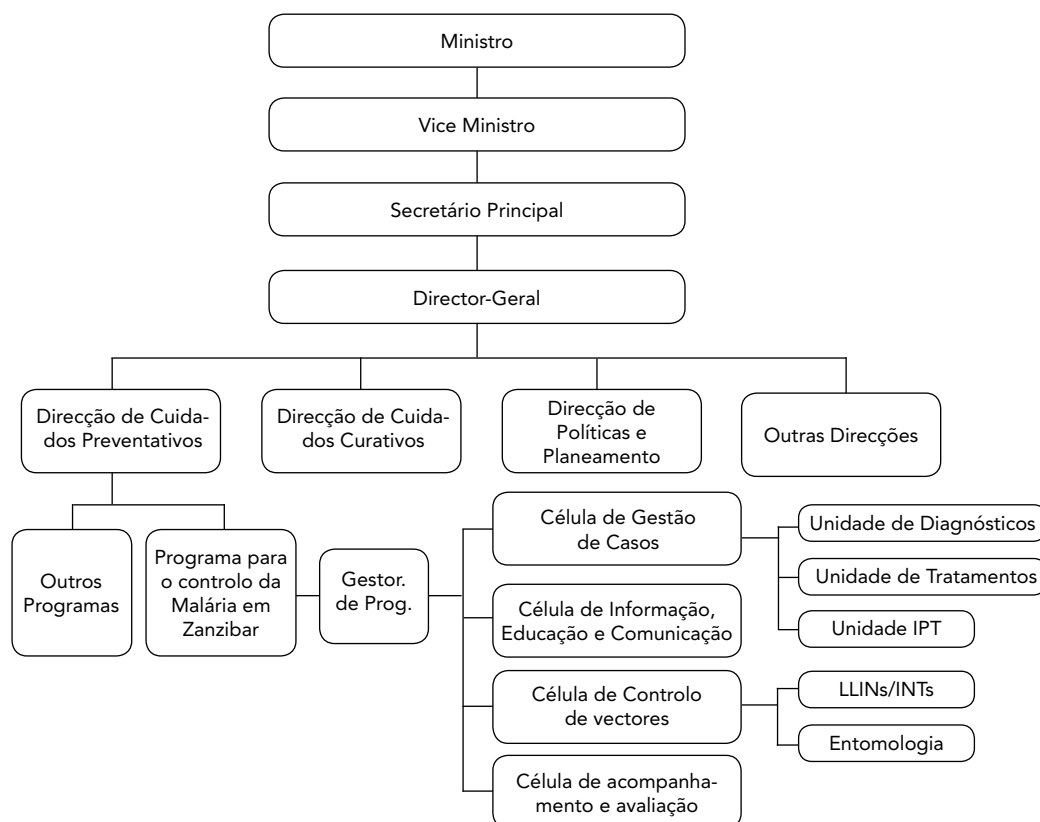


2.2.3 O programa de combate à malária

A Estratégia para o Crescimento e a Redução da Pobreza de Zanzibar prevê que 'a malária é de longe o diagnóstico mais comum e continua a ser o problema mais importante para a saúde pública em Zanzibar, contribuindo para 34% de todos os óbitos nos hospitais e a maior causa de morbidez nas Ilhas' (RGZ, 2007). Desde 2002, Zanzibar tem gozado de um programa bem financiado, graças do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM) e a Iniciativa Presidencial contra a Malária (IPM), financiada pelo Governo Norte-Americano. Isto tem contribuído para a redução acentuada da prevalência do parasita de níveis históricos e superiores a 70% para menos de 1% actualmente.

O Programa para o Controlo da Malária em Zanzibar (ZMCP) está localizado na Direcção de Serviços Preventivos no Ministério da Saúde. Está dividido em quatro departamentos: gestão de casos; informação, educação e comunicação; controlo de vectores; e acompanhamento e avaliação. A Figura 2.4 ilustra a estrutura organizacional do ZMCP junto do Ministério da Saúde. O programa está integrado na estrutura do ministério e funciona através dos centros de saúde existentes. Todavia, não se trata de um programa vertical, na prática, e o Ministério da Saúde intervém muito pouco nas actividades do programa. Para além de talvez conseguir uma maior sinergia se os serviços estivessem ligados a outros programas, o arranjo em vigor tem alcançado resultados notórios, pelo que não tem havido muitas críticas ao mesmo.

Figura 2.4: Estrutura organizacional do ZMCP no Ministério da Saúde





O programa de combate à malária é financiado quase na totalidade pelos doadores, ao ponto de, no exercício 2009/10, não terem sido aplicados quaisquer fundos públicos no orçamento de desenvolvimento do ZMCP. A Tabela 2.1 ilustra o orçamento do ZMCP, por fonte de fundos. No exercício 2009/10, o Fundo Mundial contribuiu 95% do orçamento do programa. As implicações desta dependência da ajuda são abordadas na Secção 2.3.5, o que afecta o sector da saúde em geral.

Tabela 2.1: Orçamento do ZMCP, discriminado por fonte de financiamento, Exercícios 2008/09 e 2009/10

	Exercício 2008/09			Exercício 2009/10		
	Orçamento	Efectivo	% do total	Orçamento	Efectivo	% do total
Fundo Mundial	2,649.6	2,649.6	68.5%	4,592.3	140.9	33.0%
USAID	126.7	126.7	3.3%	111.2	110.7	25.9%
IPM	1,056.4	1,056.4	27.3%	149.3	134.7	31.5%
UNICEF	16.4	16.4	0.4%	-	35.6	8.3%
CHAI	16.5	16.5	0.4%	-	-	0.0%
Gov	-	-	0.0%	-	5.1	1.2%
Government	15.9	0.5	0.0%	-	-	0.0%
Total	3,881.4	3,866.0	100.0%	4,852.7	427.0	100.0%

Fonte: Ministério da Saúde (2010). Conversão a uma taxa de USD 1 = TZS 1,511

O programa incluiu várias intervenções, incluindo o recurso a ACT, PRI, MTI, entre outros. Os seus cinco objectivos específicos são (ZMCP, 2009):

- prevenir infecções pela malária ao atingir e manter a cobertura por MTI a uma taxa superior a 80% para mulheres grávidas e crianças com idades inferiores aos 5 anos, suplementados por outros regimes de controlo de vectores¹;
- assegurar a gestão eficiente de infecções, ao proporcionar acesso pronto a todos aos diagnósticos parasitológicos e ACT;
- prevenir e controlar a malária durante a gravidez, ao alargar a cobertura de tratamento preventivo intermitente para 80% das mulheres grávidas e mantê-lo a este nível, ao promover a utilização regular e correcta de redes mosquiteiras tratadas com insecticida;
- assegurar a prontidão e a capacidade de resposta eficazes perante epidemias, ao assegurar que, em relação a mais de 90% dos centros de saúde, os relatórios sejam apresentados oportunamente, que a investigação sobre todos os surtos notificados seja iniciada no prazo de 24 horas, e que existam condições para montar uma acção de resposta, se necessário, e
- avaliar o potencial para a eliminação sustentável da malária em Zanzibar, utilizando os dados recém-adquiridos das acções de vigilância e das investigações no terreno, assim como da experiência adquirida aquando da implementação.

Outras intervenções importantes incluem (RTI, 2009):

- promover a mudança de comportamento e melhorar a comunicação: O Programa Escolar de Combate à Malária em Zanzibar proporcionou aos professores, aos técnicos de educação e aos oficiais distritais a informação e as aptidões, para poderem sensibilizar melhor os alunos com respeito às técnicas de controlo e

¹ Os métodos de controlo dos vectores são aqueles que visam reduzir ou erradicar os insectos que transmitem a doença. O objectivo principal do controlo dos vectores é a redução das taxas de morbidez e mortalidade pela malária ao reduzir as taxas de transmissão.



prevenção da malária, bem como no que respeita aos sintomas e ao tratamento da doença. As escolas primárias e escolas pré-primárias e secundárias seleccionadas de entre 95% de todas as escolas fizeram objecto de acções de formação. Também foi realizada uma campanha de imprensa.

- prevenção de surtos pela vigilância: O Sistema de Detecção Prévia de Epidemias da Malária visa detectar as fases iniciais de uma epidemia nas 2 semanas do seu surto, ao medir as alterações semanais de taxas de frequência e incidência de novos casos de malária diagnosticados em laboratórios em 52 centros de saúde (40% dos centros de cuidados primários). Uma parceria público-privada facilita a transmissão de dados dos centros de saúde por mensagens texto de telemóvel e a entrega de actualizações semanais ao ZMCP e outras entidades junto do Ministério da Saúde.
- reforço de capacidades e formação: Foram encetadas actividades destinadas a reforçar as capacidades locais em Zanzibar no domínio da PRI. Os funcionários locais estão envolvidos em todo o processo de planeamento das acções de PRI, desde a realização de avaliações logísticas até à estimativa correcta das quantidades necessárias de materiais, recursos humanos, e custos de formação para um programa de PRI. Cada acção de PRI exige formação ou actualização para mais de 500 pessoas. Todos os centros possuem capacidades de diagnóstico da malária e receitam ACTs. Quase 95% dos centros possuem pelo menos um quadro formado no domínio da malária.

A Figura 2.5 contém a discriminação da despesa por categoria. Revela que, no exercício 2009/10, quase metade do orçamento foi gasto em fármacos e suprimentos médicos. É de notar, porém as diferenças nas tendências de despesa ao longo dos anos. Assim, por exemplo, a 'formação em serviço', que representava quase metade dos fundos no exercício 2008/09, sofreu uma redução para 6.4% no exercício seguinte. Igualmente, as despesas de capital no exercício 2008/09 representaram uns 30% de todos os custos e mais de 50% no exercício 2009/10.

Figura 2.5: Discriminação da despesa do ZMCP por categoria, exercícios 2008/09 e 2009/10

	Exercício 2008/09			Exercício 2009/10		
	Orçamento	Despesa	% do total	Orçamento	Despesa	% do total
Custos correntes						
Custos de pessoal	392.3	392.3	10.1%	30.9	214.9	50.3%
Assistência técnica	34.2	34.2	0.9%	3.8	-	0.0%
Formação em serviço	1,656.1	1,656.1	42.8%	313.0	19.6	4.6%
Fármacos e suprimentos médicos	281.4	281.4	7.3%	2,006.7	11.6	2.7%
Transporte e combustível	241.1	241.1	6.2%	25.0	43.5	10.2%
Outros custos de exploração	102.2	86.8	2.2%	60.8	137.4	32.2%
Sub-total custos de exploração	2,707.2	2,691.8	69.6%	2,440.2	427.0	100.0%
Custos de capital						
Compra de equipamentos	614.1	614.1	15.9%	740.8	-	0.0%
Infra-estruturas	560.2	560.2	14.5%	1,673.7	-	0.0%
Sub-total custos de capital	1,174.2	1,174.2	30.4%	2,414.5	-	0.0%
TOTAL CUSTOS	3,881.4	3,866.0	100.0%	4,854.7	427.0	100.0%

Fonte: Ministério da Saúde (2010), dados de PER não publicados. Conversão a uma taxa USD 1 = TZS 1,511



2.3 Aspectos chave e dinâmica em torno da estratégia da malária

Durante o estudo de caso, tornou-se evidente que existiam algumas questões associadas à estratégia da malária que preocupavam os fazedores de políticas. Para além da viabilidade ou não da malária, o Governo manifestou preocupações em relação à dependência elevada do sector da saúde no tocante à ajuda e aspectos relacionados, como desafios de coordenação, eficiência da afectação de recursos e como assegurar que os programas financiados pelos doadores reforcem o sistema de saúde no seu todo.

2.3.1 Controlo contínuo contra a eliminação em Zanzibar

Embora este estudo de caso analise a experiência em Zanzibar para avaliar o controlo contínuo em relação à eliminação, é importante realçar que esta é uma decisão que afecta apenas uns poucos países e que um desafio mais importante para a maioria dos países é de assegurar o financiamento sustentado para o controlo contínuo. Foi difícil obter uma apropriação forte da parte do Governo de Zanzibar, em parte porque depende predominantemente de financiamento dos doadores. Por conseguinte, a eliminação não se trata do aspecto central, embora tenha sido introduzida nas agendas em alguns países. A viabilidade de alcançar a eliminação deve ser bem avaliada para que seja tomada uma decisão informada.

A maioria das actividades de um programa de combate à malária deve estar bem definida antes de lançar a campanha de eliminação, uma vez que as actividades a serem realizadas para alcançar a eliminação são semelhantes às necessárias para o controlo sustentado. É importante especificar em que consiste o 'controlo sustentado' e a 'eliminação'. O primeiro trata-se da manutenção do status quo, sem a redução de quaisquer intervenções. A última pode ser dividida em duas fases: eliminação e prevenção da reincidência (ou seja, manter a situação caracterizada pela ausência da malária). As três dimensões principais para avaliar a viabilidade da eliminação são a viabilidade técnica, operacional e financeira. Os resultados do estudo de viabilidade em Zanzibar e as intervenções necessárias para a eliminação encontram-se sintetizadas de seguida (ZMCP, 2009).

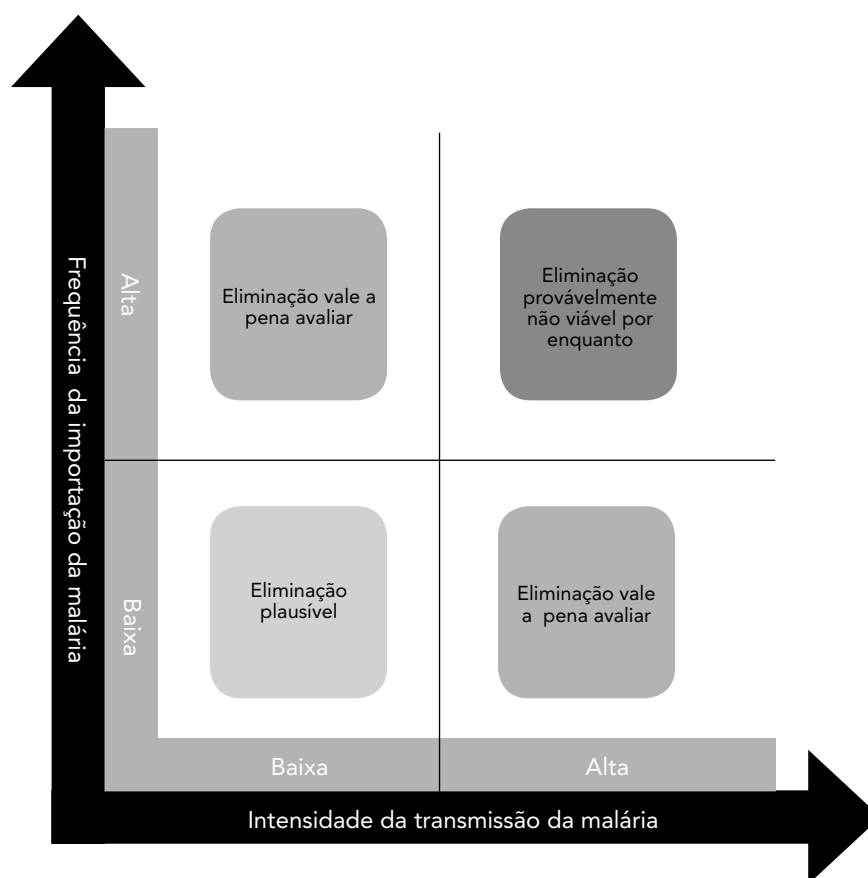
Viabilidade técnica

Os dois principais factores determinantes da viabilidade técnica da eliminação são a frequência da importação da malária e a intensidade da transmissão da malária (ver a Figura 2.6). As conclusões foram que:

- mantendo as intervenções actuais, a transmissão da malária em Zanzibar pode ser reduzida para zero;
- de modo a conseguir e manter a ausência da malária, o sistema passivo de detecção deve ser capaz de fazer a detecção em pelo menos 75% da população, e cada novo caso deverá ser imediatamente investigado; e
- o risco de importação deve ser substancialmente reduzido quer pela redução na Tanzânia ou através da triagem dos viajantes (esta hipótese exige um estudo mais profundo).



Figura 2.5: Factores determinantes da viabilidade técnica da eliminação



Fonte: Reproduzido do ZMCP (2009)

Viabilidade operacional

Talvez um dos maiores desafios da execução de um programa de controlo sustentado ou de eliminação sustentada reside na capacidade do sistema de vigilância do país. Embora a distribuição de redes mosquiteiras ou a pulverização intra-domiciliária sejam actividades relativamente simples, a manutenção de um sistema de vigilância para o controlo da doença representa um desafio muito maior, e constitui um dos pilares para um programa bem sucedido. O sistema de vigilância conta com a capacidade do sistema de saúde e a propensão das pessoas para utilizarem o sistema de saúde.

No caso de Zanzibar, estes factores foram estudados, e foi concluído que, para que a eliminação fosse sustentada, seria necessário:

- aumentar a proporção de pessoas que recebem tratamento pronto e eficaz contra a febre (melhorar o comportamento de procura dos serviços de saúde, acesso financeiro universal, e recursos humanos e materiais adequados);
- melhorar o sistema de vigilância disponível nos diversos centros de saúde, bem como instalar um sistema complementar destinado à detecção precoce de casos adicionais não apresentados nas unidades de saúde;
- reforçar as capacidades e a combinação de aptidões do ZMCP;
- criar uma comissão interministerial para assegurar a continuação da liderança e do financiamento do programa; e
- aplicar medidas que limitem as liberdades individuais, mas só depois de as outras medidas terem sido esgotadas.



Viabilidade do financiamento

A definição dos custos e dos benefícios do controlo sustentado ou da eliminação pode ser muito complexa. A maioria das acções encetadas até à data concentra-se nas diferentes intervenções necessárias em cada fase do processo. Porém, o cálculo dos benefícios apresenta maiores desafios. O ideal seria calcular não só os benefícios financeiros da implementação de um programa (em termos de poupanças de custos no futuro), mas também os 'benefícios socioeconómicos'. Isto faz-se a dois níveis: A nível dos agregados familiares – matrículas escolares mais elevadas, menores despesas de saúde, etc. – e a nível macroeconómico – mais turismo, actividade económica, produtividade, etc.

Além do impacto directo sobre os indicadores socioeconómicos a nível micro e macro, a malária também afecta indirectamente o desenvolvimento do país. Por exemplo, numa região caracterizada por uma incidência intensa de malária, é possível que as culturas sejam fracas se a colheita se der numa época intensiva de malária, devido à forte probabilidade de as perder por motivos de doença. Além disto, as empresas evitam contratar ou treinar trabalhadores especializados dada a forte probabilidade de os perder devido à malária. A contracção da malária durante a infância pode produzir efeitos do foro cognitivo.

A complexidade de modelar tudo isto explica em parte a razão pela qual a análise da eficácia dos custos em matéria da eliminação da malária se tem concentrado no aspecto financeiro. As conclusões revelam que a eliminação da malária não pode ser defendida apenas por motivações financeiras, embora a eliminação continue a ser um investimento meritório se fosse possível calcular todos os benefícios e se esses fossem mais elevados que o custo marginal de substituir o controlo sustentado pela eliminação.

Em Zanzibar, foi decidido calcular apenas os custos financeiros das alternativas para estimar os benefícios de uma ou outra opção. As análises concluíram que (ZMCP, 2009):

- a eliminação não reduziria os custos no curto prazo;
- o aumento da despesa com a vigilância e o diagnóstico é o factor que impulsiona o aumento do custo da eliminação, representando entre 35-65% dos custos médios anuais, em comparação a 15% do custo do controlo sustentado;
- o custo durante o período que levará para alcançar a eliminação será 60-89% superior ao custo do controlo sustentado;
- o custo anual médio da eliminação, por capita, durante o período de 25 anos será US\$2.97; e
- a abordagem relativa ao financiamento do combate à malária deverá ser modificada para permitir compromissos de longa duração não associados ao fardo da doença (ver a Secção 2.3.6).

2.3.2 Reforço do sistema de saúde

Algumas das intervenções do programa de combate à malária não estão associadas às capacidades do sistema de saúde: distribuição de redes mosquiteiras, pulverização intra-domiciliária, etc. Contudo, outras exigem o reforço do sistema de saúde: capacidades de vigilância, diagnóstico, etc. Como é que o programa de combate à malária reforça ou fragiliza o sistema de saúde? A resposta determinará a sustentabilidade.

Em Zanzibar, foi acordado que as actividades principais do programa da malária, como o sistema de vigilância, deviam ser executadas em regime vertical durante e até após o período de controlo agressivo. A alternativa, um sistema integrado para o controlo de doenças, inclusive a malária, não está a ser desenvolvida porque, à semelhança das demais actividades



inerentes ao programa de combate à malária, o arranjo vigente tem funcionado bem e não existem garantias de que uma sistema integrado venha a ter resultados positivos.

É possível afirmar que isto, por sua vez, não contribui para o reforço do sistema de saúde. Uma vez que as capacidades do sistema de saúde condicionam a possibilidade de sustentar níveis baixos de endemia, muitos esforços estão também a ser envidados no sentido de reforçar as capacidades do sector em geral. As capacidades humanas no domínio do planeamento no sector da saúde são também fracas, o que se faz reflectir na coesão dos programas e das estratégias. O Ministério da Saúde adoptou medidas para superar este desafio ao, por exemplo, designar um técnico de planeamento em cada direcção.

Outra preocupação levantada pelo Ministério da Saúde prende-se com o facto de que o pessoal nos centros de saúde está sempre a participar em acções de formação ou está ocupado em actividades ligadas ao programa, assim ausentando-se das suas funções. Este desafio operacional é abordado na Secção 2.3.3 abaixo.

2.3.3 Desafios a nível da coordenação

Os programas implementam as suas actividades a nível distrital através dos centros de saúde e em coordenação directa com as comunidades. As Equipas Distritais de Controlo Sanitário (EDCS) são responsáveis por coordenar as actividades realizadas em cada distrito. Porém, deparam-se com grandes dificuldades em planear as actividades de programas com antecedência. Embora todos os programas preparem um plano de acção contendo as actividades que pretendem levar a cabo, estes não se enquadram plenamente no plano distrital abrangente desenvolvido pela EDCS. Este último é uma evolução recente (Janeiro de 2011); anteriormente, não havia qualquer ferramenta para integrar as actividades dos programas nos planos distritais. Não obstante os esforços visando melhorar a coordenação, os calendários dos planos a nível distrital e a nível dos programas revelam divergências e a informação, frequentemente, não é facultada oportunamente.

Por vezes, os centros de saúde têm dificuldade em responder a todas as exigências dos programas em virtude da frequente sobrecarga de actividades nos centros de saúde individuais. Isto sucede, por exemplo, se dois programas diferentes estiverem a ministrar acções de formação em simultâneo e os trabalhadores de saúde forem convidados a participar. O DHMT e os centros de saúde resolvem esta dificuldade de modo ad hoc, ao procurar conciliar os horários do pessoal. É possível que, com o passar do tempo, a coordenação seja melhorada ao ponto de as actividades desenvolvidos pelos diferentes programas poderem ser faseadas ao longo do ano, de modo a não perturbar as tarefas quotidianas.

O Ministério da Saúde criou recentemente uma Unidade de Coordenação da Ajuda Externa, cujo propósito é de prestar apoio a alguns dos desafios operacionais. Por exemplo, se todos os programas dos doadores passassem primeiro pelo ministério, algumas das sobreposições, duplicações de actividades e incompatibilidades de calendário podiam ser evitadas.

Os programas preparam os seus próprios orçamentos e planos estratégicos, que depois são incluídos no QDMP e nos planos de acção do ministério. Mas alguns dos programas altamente financiados pelos doadores frequentemente passam ao lado dos processos orçamentais e de planeamento. Por exemplo, embora o Ministério da Saúde seja responsável por preencher uma 'Ficha de Perfil de Projecto' em relação a cada um dos seus projectos, não existia um para o ZMCP porque não havia fundos de contraparte provenientes do erário público por intermédio do orçamento para o desenvolvimento. Iguamente, o ZMCP não consta do Balanço do Desempenho Orçamental e Económico relativo ao ano 2009/10, que analisa a despesa efectiva em todos os projectos de desenvolvimento em relação ao respectivo



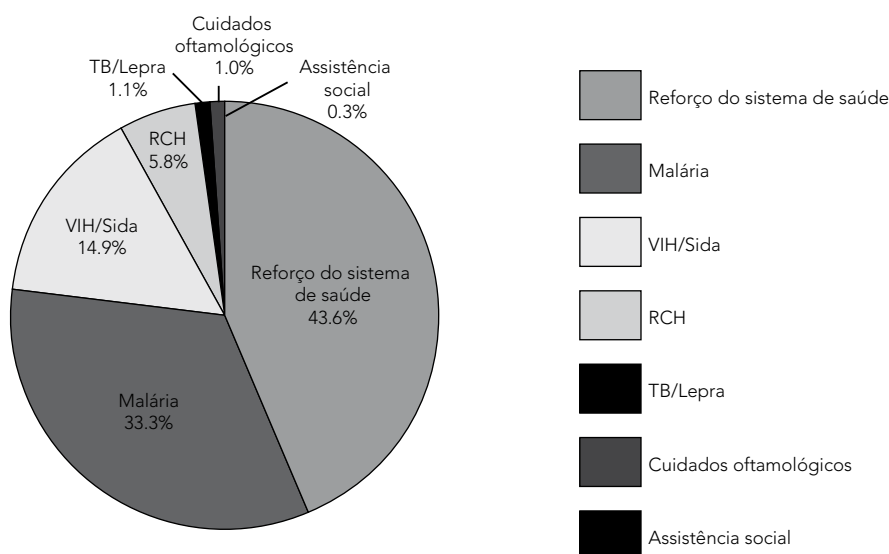
orçamento. Isto revela que, embora se enquadre no Ministério da Saúde, o programa não está integrado em todas as fases de planeamento e orçamentação. As implicações disto para a eficiência da afectação de recursos são abordadas no parágrafo 2.3.4 abaixo.

2.3.4 Eficiência da afectação de recursos

A execução de um programa sem passar pelo ciclo orçamental e de planeamento pode prejudicar a eficiência da afectação de verbas orçamentais e fragmentar o financiamento e as operações de saúde. Porém, a aceitação de fundos não fungíveis é frequentemente visto como condição necessária para atrair grandes valores de fundos dos doadores, ou para dar prioridade a uma determinada intervenção. Actualmente, o Ministério da Saúde tem pouca discrição no que respeita à afectação das verbas recebidas para o sector da saúde, pois estas são normalmente discutidas directamente com o programa. Por exemplo, no momento da preparação do orçamento, o Ministério da Saúde defende que, ao invés de desempenhar um papel de cooperação, por vezes limita-se a 'compilar' os orçamentos programáticos, ao invés de os orientar ou liderar o planeamento dos mesmos.

A Figura 2.7 ilustra a despesa, por parte dos PD, por área de saúde durante o exercício 2008/09. Ilustra os fundos relativos atribuídos a programas e compara-os às prioridades do Governo. O reforço do sistema de saúde beneficia todas as áreas de saúde e, por conseguinte, ocupa primeiro lugar. Uma análise das outras áreas e saúde revela que a malária recebeu 59% dos restantes fundos, o VIH/Sida recebeu 26%, e a Saúde Reprodutiva e Infantil recebeu apenas 10%, embora represente a maior prioridade para o Governo. E isto, independentemente das taxas baixas de prevalência no que respeita à malária (inferior a 1%) e ao VIH/SIDA (3.5% em relação às mulheres e 2.7% em relação aos homens em 2009). Conforme afirma o Ministério da Saúde (2010), seria de questionar se a afectação de fundos seria a mesma se todos os fundos fossem completamente fungíveis, ou seja, se o Ministério da Saúde gozasse do critério para decidir sobre a despesa em relação a cada área (não obstante a importância da malária e do VIH/Sida e das insuficiências que continuam a registar-se em todas as áreas em termos absolutos).

Figura 2.6: Despesa dos PD no sector da saúde, exercício de 2008/09



Fonte: Ministério da Saúde (2010)



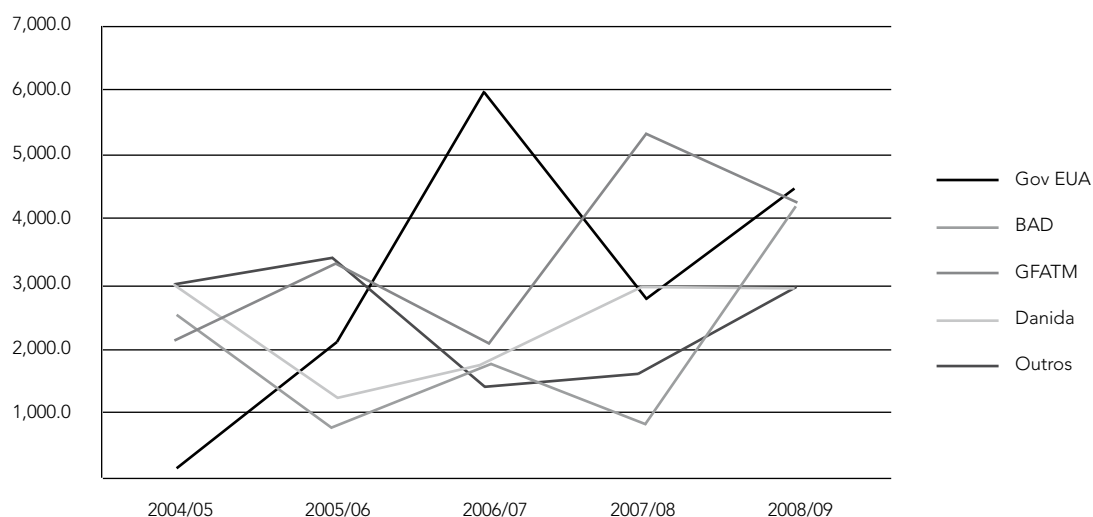
Isto tem consequências para a eficácia económica da despesa no sector da saúde uma vez que, na prática, os programas não concorrem para a obtenção de fundos. Num sistema integrado ideal, deveria ser necessário demonstrar se a despesa em programas de malária é mais económica que a despesa noutras intervenções como, por exemplo, em saúde materna e infantil. Outros países procuraram ultrapassar este desafio ao criar uma Abordagem Sectorial (SWAp), caracterizada por um quadro de resultados comuns convencionado pelos doadores e pelo Governo e que orienta a afectação orçamental. O sector da saúde em Zanzibar não prevê estabelecer um SWAp, embora o Ministério da Saúde tenha encetado algumas iniciativas e mecanismos de prestação de contas com o intuito de melhorar a coordenação no sector.

As dotações orçamentais aos diversos ministérios também são afectadas pelo elevado volume de financiamento recebido por certos sectores. O Governo tende a concentrar-se nas outras áreas menos aliciantes aos doadores. Iguamente, os sectores que recebem fundos de doadores (como o da saúde) tendem a prestar menos atenção às dotações do Governo.

2.3.5 Dependência na ajuda

Conforme já referido, o sector da saúde em Zanzibar depende fortemente da ajuda dos doadores. Durante o exercício 2008/09, os Parceiros de Desenvolvimento contribuíram com uns dois terços dos fundos do sector de saúde (ver a Secção 2.2). Os maiores PD são o Governo Norte-Americano, o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), o Fundo Global (GF) e a Danida. Entre eles, contribuem 83% do total do financiamento pelos PD ao sector da saúde. Por um lado, a existência de menos, embora importantes, PD no sector impõe um elevado risco se um deles decidir retirar-se. Por outro lado, ajuda a reduzir os custos de transacção (MoHSW, 2010). Seja como for, a dependência da ajuda registada pelo sector é extremamente elevada, um assunto que suscita fortes preocupações junto do Governo. A Figura 2.8 ilustra as tendências de financiamento externo no sector da saúde a partir do exercício FY2004/05 até ao exercício 2008/09 no que respeita aos PD mais importantes. Embora o financiamento tenha sido muito elevado nos últimos anos, também tem registado uma elevada taxa de volatilidade, aliada a uma fraca previsibilidade dos fundos. Embora alguns doadores facultem informação sobre os seus compromissos de médio prazo, outros projectam o financiamento anualmente, o que impede que o Ministério da Saúde integre os seus programas no plano de médio prazo.

Figura 2.7: Financiamento externo do sector da saúde por PD, exercícios 2004/05 a 2008/09





No caso do programa de combate à malária, os fundos do Governo cobrem apenas os salários. Todo o orçamento de desenvolvimento do ZMCP é financiado por doadores. À medida que a malária se vai tornando num fardo menor para a saúde pública em Zanzibar, é provável que os doadores optem por outras prioridades de financiamento e reduzam significativamente o financiamento ao programa (ver também Snow et al, 2010).

As acções dos doadores são condicionadas tanto pelo clima político nos seus próprios países como pela opinião pública. É mais fácil defenderem programas de luta contra a malária em países onde o fardo é elevado, pois o resultado (redução da morbidez e da mortalidade) é mais visível. Assim, ao confrontarem-se com a escolha entre contribuir fundos para países com taxas elevadas de prevalência (como a Nigéria) ou para países com taxas de prevalência inferiores a 1% (por exemplo, Zanzibar), a nível político é muito mais fácil defender a escolha pela Nigéria. O argumento aplicado a favor dos países que necessitam de financiamento sustentado para manter a baixa taxa de endemia é que o resultado é o mesmo, ou seja, prevenir mortes provocadas pela malária. Por um lado (países com elevado fardo), regista-se uma redução da incidência; por outro lado (países com a malária sob controlo e baixa taxa de endemia) evita-se a manifestação de novos casos. A nível político, é evidente que é mais fácil defender o salvamento de vidas em situações de ameaça pela malária do que evitar mortes por ameaças já controladas. Ao dar prioridade aos países com uma elevada taxa de prevalência, os doadores estariam a penalizar os países que conseguiram alcançar níveis baixos de endemia. Isto significaria ver os fundos utilizados para alcançar níveis baixos da endemia como fundos perdidos. Porém, numa situação caracterizada pela escassez de recursos, há que fazer escolhas constantes.

O argumento a favor do tratamento 'preventivo', utilizado pelos países que pedem fundos adicionais para manter o 'controlo sustentado' não é recente no sector da saúde. Por exemplo, a vacinação contra o sarampo não é questionada, e os fundos são previstos para que as crianças sejam vacinadas. Mas no caso da malária, não existem registos históricos de países que conseguiram manter um tratamento preventivo sustentado contra a malária. Nas décadas de 50 e 60, o programa global para a erradicação fracassou (não obstante alguns êxitos) e o objectivo mudou para o controlo. Além deste desafio, as medidas tomadas para manter o controlo sustentado não são tão simples quanto a vacinação, pois abrangem um conjunto complexo de intervenções, inclusive um sistema forte de vigilância e mecanismos de resposta sempre que sejam detectados casos de malária (ver também ZMCP, 2009 e Feachem et al, 2009a).

2.3.6 Financiamento de alternativas

É evidente que o Governo podia optar por financiar um programa de combate à malária, posteriormente à fase de 'controlo agressivo'. Mas a história revela que isto nunca sucedeu após níveis baixos de prevalência terem sido alcançados no passado, e o Governo não podia justificar a despesa de verbas avultadas na manutenção das taxas baixas de endemia, à semelhança do desafio possivelmente enfrentado pelos doadores nos seus próprios países.

O apoio dos doadores em Zanzibar tem sofrido flutuações ao longo dos anos. Convém notar que após as eleições fracassadas em 1995, os doadores externos começaram a suspender os desembolsos da ajuda em virtude dos contínuos conflitos políticos. A ajuda resumiu só em 2003. Existe, portanto uma referência recente à interrupção da ajuda. Mas o custo por capita de investimento em desenvolvimento em Zanzibar é relativamente elevado, face ao número baixo de habitantes. As taxas elevadas de pobreza (49% abaixo do limiar da pobreza), baixa base tributária, e baixo potencial para a geração de receitas limitam a capacidade de angariar fundos no país. Como tal, propor estratégias para o financiamento sustentado e convencer os doadores a colaborar, independentemente de outros aspectos relacionados com o desenvolvimento, é talvez um desafio ainda maior para os países com baixas taxas da endemia.



Uma opção passa por 'consignar' fundos ao programa de combate à malária. Esta trata-se da prática de atribuir determinadas receitas ou impostos a actividades ou áreas específicas do Governo. Mas, por forma a assegurar a abrangência do orçamento, todos os recursos devem ser dirigidos a um fundo comum para depois serem atribuídos e aplicados em despesas associadas às prioridades do Governo. Em geral, a consignação de recursos para propósitos específicos deve ser desencorajada, embora esta prática seja frequentemente aplicada nestes tipos de programas. A Caixa 1.1 levanta perguntas importantes no que tange à consignação de fundos. Se Zanzibar optasse por consignar fundos para o programa da malária, seria necessário que este mecanismo se mantivesse durante muitos anos, até após a eliminação, pois os custos de evitar a reincidência são elevados.

Caixa 1.1 Perguntas principais no que respeita aos fundos consignados

Qual é o propósito da consignação de fundos? Qual é o motivo por manter tais fundos fora do orçamento?

Aspectos relacionados com o orçamento

Qual é a fonte do financiamento. Será que a fonte do financiamento faz sentido; ajuda a associar os benefícios marginais aos custos marginais – por exemplo, comparticipação pelos utentes? Como é que a comparticipação pelos utentes é calculada; existem modos de evitar o abuso de poder monopolístico (sobretudo se a procura não for elástica)? Existem benefícios gerais (externalidades positivas ou negativas, bens públicos, argumentos) além dos benefícios para os utentes que justificam o apoio do orçamento geral? Se houver mais que um destino, como é que a proporção do valor consignado é calculada? Será que a fonte de financiamento se trata de uma receita importante do Governo, e será que o Governo está em condições de perder a flexibilidade para definir as prioridades da despesa? Será que as receitas consignadas constituem um impedimento à capacidade do Governo de angariar receitas tradicionais?

Decisões relativas à despesa

Como são tomadas as decisões relativas aos fundos consignados? É feita uma análise da eficácia do custo ou do custo-benefício? Será que a direcção do fundo consignado promove a eficiência, por exemplo, através de mecanismos de quasi-mercado ou com declarações de missão, objectivos, medidas de desempenho? Como estão representados e considerados os interesses dos consumidores nas decisões relativas à despesa? Se for administrado por uma comissão directiva, será que os membros da comissão tendem a representar certas necessidades como, por exemplo, necessidades regionais?

Aspectos relacionados com a gestão

Será que a gestão do fundo adere aos princípios de boa governação? Está isenta de interferência política ou interferência indevida da parte dos fornecedores ou dos sindicatos? É possível desviar os fundos para outros propósitos? Estas contas podem ser 'desviadas' para outros propósitos? O fundo consignado é sujeito a uma auditoria independente?

Que tratamento é dado ao dinheiro em caixa do fundo? Será que o Governo tem acesso a estes fundos para utilizar como crédito intermediário e assim minimizar as necessidades de crédito do Governo? O tesouro ou o ministério das finanças têm o direito de reduzir os fundos disponíveis para serem gastos em fundos consignados se o orçamento estiver sob pressão?



Alguns modos de consignação de fundos propostos (mas ainda não criados) no estudo de viabilidade para a eliminação da malária em Zanzibar são (ZMCP, 2009):

- Imposto de Turismo: Um imposto de turismo pode ser cobrado nos bilhetes de avião, representando uma fonte de receitas segura e previsível, e um imposto progressivo (afecta mais as pessoas de alto rendimento). Isto é bastante atraente para Zanzibar porque os impostos vigentes são bastante baixos e está previsto que os turistas estarão dispostos a pagar mais porque: 1) Zanzibar é um destino turístico popular; 2) é um valor reduzido, em comparação ao custo de viajar para Zanzibar; e 3) manter Zanzibar livre de malária é de interesse económico para as visitas.
- Fundo Fiduciário: Tipicamente, num fundo fiduciário, uma percentagem dos fundos provenientes dos doadores não é utilizada para financiamento, mas é investida para gerar juros que são aplicados no financiamento dos custos correntes. Contudo, convém notar que em determinados anos, os investimentos do fundo podem não gerar quaisquer lucros, pelo que é necessário assegurar outras modalidades de investimento para os programas de combate à malária na eventualidade das receitas provenientes dos investimentos sofrerem uma queda.
- Fundo de Débito para Emergências: Um fundo de débito para emergências é semelhante a uma conta bancária à disposição do Governo do Zanzibar para prevenir ou controlar surtos. O fundo seria gerido pelos doadores e o Governo poderia fazer levantamentos deste fundo em certas situações. O risco deste tipo de mecanismo de financiamento é que poderá levar os doadores a dar menos prioridade ao financiamento de actividades preventivas, pelo facto de existir esta garantia financeira na eventualidade de uma emergência.
- Fundo Regional de Financiamento: Muitos turistas e trabalhadores migrantes viajam entre Zanzibar e outros países, pelo que as populações vulneráveis atravessam fronteiras. Estas pessoas poderão estar dispostas a contribuir para um fundo destinado ao controlo/eliminação da malária. Os parceiros de Zanzibar também desenvolvem acções de eliminação da malária, pelo que é sensato criar uma parceria regional.

2.4 Contrastando exemplos do resto de África – controlo e eliminação

Um dos países que tem alcançado enormes progressos no combate à malária nos últimos anos é a Zâmbia, através de um forte alargamento das intervenções de controlo da malária. As principais intervenções são (ZNMCC, 2009):

- melhorar e expandir as intervenções integradas de controlo de vectores;
- prevenir a malária durante a gravidez através de tratamento preventivo intermitente;
- proporcionar uma gestão pronta e eficaz de casos, incluindo o diagnóstico e o tratamento da malária no prazo de 24 horas da manifestação dos sintomas; e
- reforçar as capacidades de alargamento de acções no país ao aumentar o apoio financeiro e melhorar o planeamento.

O programa na Zâmbia tem beneficiado de uma forte liderança e empenho da parte de todos os actores. É orientado pelos princípios dos três uns: trabalhar a partir de um plano nacional, um mecanismo de coordenação, e um sistema de acompanhamento e avaliação.

Uma comparação entre os países que eliminaram a malária e aqueles em vias de a eliminar, levanta duas perguntas importantes (Feachem et al 2010a):

- no que respeita ao processo de eliminação da malária, será que os países que a conseguiram eliminar são mais ricos que os países que estão a procurar eliminá-la?; e



- no decorrer desse processo, será que gozavam de sistemas de saúde mais fortes do que aqueles que existem presentemente nos países em vias de a eliminar?

Feachem et al (2010a) concluiu que: de entre os 50 países que conseguiram eliminar a malária, apenas quatro (8%) registavam um produto interno bruto (PIB) inferior a \$2,500 por capita no momento em que foram declarados livres de malária; e de entre os 50 países que conseguiram eliminar a malária, 20% possuíam menos de 0.5 médicos por 1,000 habitantes no momento em que foram declarados livres de malária, sendo esta a quantidade mínima de médicos por habitante necessária para serviços de saúde considerados de nível baixo.

Kahn et al (2009) estimou o custo de eliminar a malária em três locais: Ilha Hainan (China), Província de Jiangsu (China) e Swazilândia. Estes estão reflectidos na Tabela 2.2. No caso da Swazilândia, por exemplo, estima-se que a eliminação da malária custaria 343% mais do que manter um elevado nível de controlo durante a fase de transição (5 anos) e que, depois disso, os custos anuais seriam 79% superiores aos custos durante o controlo sustentado. Em contrapartida, nos casos da Ilha de Hainan e da Província de Jiangsu, os cálculos revelaram uma poupança de custos após a eliminação ter sido alcançada, sendo 17% e 33% inferiores, respectivamente, ao custo do controlo sustentado. As estimativas contidas no estudo de viabilidade revelaram que o custo médio do controlo sustentado em Zanzibar ascende aos US\$2.9 milhões por ano. De acordo com as estimativas do estudo, no cenário mais provável, o investimento adicional necessário para avançar rumo à eliminação nos primeiros cinco anos representa um aumento de quase 85% da despesa média anual, em comparação ao controlo sustentado, com os custos excedendo em 45-50% durante o restante do esforço para alcançar a eliminação, ou seja, durante os próximos 15 anos. Até durante o período de eliminação, os custos continuariam a exceder em 5% os custos durante o actual período de controlo sustentado. (ZMCP, 2009)

Tabela 2.2: Estimativas dos custos para eliminar a malária em três locais

Parâmetro de custo	Ilha Hainan, China	Província de Jiangsu, China	Swazilândia
C: Custo de sustentar um elevado nível de controlo (US\$ milhões por ano)	2.9	9.1	0.7
T: Custo de transição para zero (US\$ milhões por ano durante 5 anos, na média)	5.8	13.9	2.4
E: Custo anual de sustentar a eliminação (US\$ milhões por ano)	2.4	6.13	1.25
Rácio do custo de eliminação, ou o custo durante a fase de eliminação como fracção do controlo sustentado = T/C %	200%	153%	343%
Poupanças anuais de custos como fracção do custo do controlo sustentado = (C-E)/C %	17%	33%	-79%*

Fonte: Reproduzido de Kath et al (2009). * aumento de 79%

A experiência até à data oferece uma boa fonte de evidências para orientar as medidas a tomar no futuro. Antes de considerar a eliminação da malária em qualquer país, a realização de um estudo de viabilidade sobre as diversas dimensões é um passo importante para informar a decisão.

Conforme acima referido, antes de lançar uma acção de eliminação, a maioria das actividades de um programa de controlo sustentado deve estar bem estabelecida, uma vez que as actividades a serem realizadas para alcançar a eliminação são semelhantes àquelas necessárias para o controlo sustentado.



3. A tarefa

Você foi recentemente nomeado pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro das Finanças no seu país para efectuar uma análise preliminar das limitações do actual programa de luta contra a malária no seu país, e para formular recomendações sobre as medidas a tomar no futuro, atendendo à experiência de Zanzibar. Algumas das perguntas que terá de responder são as seguintes:

- Será que Zanzibar pode ser utilizado como modelo para o seu país alcançar o controlo sustentado? Quais são as **semelhanças e as diferenças** principais entre Zanzibar e o seu país?
- **Controlo continuado em comparação à eliminação:** discuta em que fase se encontra o programa de combate à malária no seu país e o progresso registado nos últimos anos. Será que a eliminação está no horizonte? A manutenção de um sistema de vigilância para o controlo da doença é considerada um dos pilares de um programa bem sucedido. Igualmente, um sistema forte e massivo destinado à detecção precoce de casos de malária é essencial para que sejam apropriadamente notificados e acompanhados. Os níveis de detecção são influenciados pela proporção de infecções que começam a manifestar sintomas, o comportamento das pessoas no sentido de procurarem tratamento para a febre, a taxas de rasteio nos centros de saúde e a sensibilidade dos testes utilizados. Como é que estes são tomados em consideração no seu país na elaboração de um programa de luta contra a malária?
- **Reforço do sistema de saúde:** Existem 'programas verticais no seu país? Como estão integrados (ou não) nas restantes intervenções da saúde? Estes programas incluem estratégias explícitas para reforçar o sistema de saúde para além de responder a uma determinada doença?
- **Desafios de coordenação:** Quais são os principais desafios em matéria de coordenação no seu país? Que mecanismos existem para coordenar os programas no sector da saúde? Como e que os diferentes níveis de Governo interagem com o Ministério da Saúde e os doadores? Existem linhas de subordinação bem definidas?
- **Eficiência da afectação de recursos:** Até que medida é que os fundos dos doadores estão integrados (ou não) no orçamento do Estado no seu país? Como e que o Ministério da Saúde avalia o alinhamento dos programas financiados pelos doadores com a estratégia do Governo? Como e que os programas competem para receberem fundos (gerar reflexão analítica em relação à eficácia dos custos)?
- **Dependência relativamente à ajuda:** Qual é a proporção dos fundos dos doadores no sector da saúde no seu país? Isto está fragmentado entre muitos doadores? Como e que isto afecta a sua capacidade para prever a disponibilidade de fundos para o sector? Existe uma estratégia explícita para reduzir a dependência?
- **Alternativas de financiamento:** O sector da saúde no seu país está a considerar utilizar fundos consignados para financiar certas intervenções no sector da saúde? Como é que isto se justifica, em relação à aplicação de fundos consignados noutros sectores (p. ex. educação)? Quando os doadores tomam uma decisão sobre como financiar programas de combate à malária (ou outras doenças), quais são os critérios que devem tomar em linha de conta? Será que os países de 'fardo elevado' devem ter primazia acima dos países que já conseguiram controlar o nível da endemia? Qual é o horizonte temporal que um estudo de viabilidade deve estudar? Médio prazo? Longo prazo?



Referências/Bibliografia

- Baird, J. Kevin (2010), «Eliminating malaria - all of them», *The Lancet*, 376 (9756), 1883-85.
- Feachem, Richard and Sabot, Oliver (2008), 'A new global malaria eradication strategy', *The Lancet*, 371 (9624), 1633-35.
- Feachem, Richard and The Malaria Elimination Group (2009b), 'Shrinking the Malaria Map - A Guide on Malaria Elimination for Policy Makers', (San Francisco: The Global Health Group/UCSF Global Health Sciences).
- Feachem, R.G.A., Phillips, A.A., and Targett, G.A. (eds.) (2009a), *Shrinking the Malaria Map: A Prospectus on Malaria Elimination*. (San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco.).
- Feachem, Richard G A, et al. (2010b) 'Comment - Call to action: priorities for malaria elimination', *Lancet* <www.thelancet.com Publicado em versão electrónica a 29 de Outubro de 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61500-0>.
- Feachem, Richard G. A., et al. (2010a), 'Shrinking the malaria map: progress and prospects', *The Lancet*, 376 (9752), 1566-78.
- Kahn, J. et al. (2009), 'Financing Elimination', in R.G.A. Feachem, A.A. Phillips, and G.A. Targett (eds.), *Shrinking the Malaria Map: A Prospectus on Malaria Elimination* (San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco).
- Lancet, The (2010) 'Malaria Elimination: Executive Summary', *The Lancet Series*, 2010
- Marsh, K. (2010), 'Comment – Research priorities for malaria elimination', <www.thelancet.com, Publicado em versão electrónica a 29 de Outubro de 2010, DOI:10.1016/S0140-6736(10)61499-7>
- MOHWS (2010) Zanzibar Health Sector Public Expenditure Review 2009, Final Report, May 2010
- Potter, B. and J. Diamond (1999), *Guidelines for Public Expenditure Management*, Fundo Monetário Internacional, 1999, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/expend/index.htm>, acedido em 03/03/2011
- Revolutionary Government of Zanzibar (2007), *Zanzibar Strategy for Growth and Poverty Reduction*, <http://www.unpei.org/PDF/TZ-zanzibar-strategy-growth-poverty-reduction.pdf>, acedido em 10/02/2011
- Roll Back Malaria (2011), 'Fact sheet: Malaria in Africa', <http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/370/RBMInfosheet_3.htm>, acedido em 2 February 2011.
- RTI (2009), 'Malaria control in Zanzibar', Iniciativa Presidencial contra a Malária, USAID, <http://www.rti.org/files/irs_country_brief_Zanzibar.pdf>, acedido em 10/02/2011
- Sabot, Oliver, et al. (2010), 'Costs and financial feasibility of malaria elimination', *The Lancet*, 376 (9752), 1604-15.
- Snow, Robert W. and Marsh, K. (2010), 'Malaria in Africa: progress and prospects in the decade since the Abuja Declaration', *The Lancet*, 376 (9735), 137-39.
- Snow, Robert W, et al. (2010), 'Equity and adequacy of international donor assistance for global malaria control: an analysis of populations at risk and external funding commitments', *Lancet*, 376, 1409-16.



Yamey, Gavin (2004), 'Roll Back Malaria: a failing global health campaign', *BMJ*, 328 (7448), 1086-87.

Zambia, National Malaria Control Centre (ZNMCC) (2009), 'Zambia Achieves Impact on Malaria: Using Results to Inform Actions (Fact Sheet)', (Lusaka: Ministério da Saúde, Zâmbia).

Zanzibar Malaria Control Programme (2009), 'Malaria Elimination in Zanzibar: A Feasibility Assessment', (Zanzibar: Ministério da Saúde e Assistência Social).

OMS (2011), '10 Facts About Malaria', http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=2287:10-facts-on-malaria-in-africa&catid=1910&Itemid=2691, acedido em 5/02/2011.

OMS (2010), Relatório Mundial sobre a Malária 2010, Sumário Executivo

WRA (2007), National Alliance in Tanzania since 2004, White Ribbon Alliance, Setembro de 2007



Anexo A: Lista das pessoas consultadas

Nome	Organização	Cargo
Mohamed S Jiddawi	Ministério da Saúde	Secretário Principal
Khamis M. Omar	Ministério das Finanças e da Economia	Secretário Principal
Addul Latif	Ministério da Saúde	Director de Políticas e Planeamento
Dr Dahoma	Ministério da Saúde	Director dos Serviços de Prevenção
Moritz Piatti	Ministério da Saúde	Estagiário da ODI
Omar Mwalim	Ministério da Saúde	Coordenador da Ajuda Externa
Abdullah S Ali	Programa para o Controlo da Malária em Zanzibar	Director do Programa
Mwinyi Msellem	Programa para o Controlo da Malária em Zanzibar	Vice Director do Programa
Sharif Ali Shauri	Ministério das Finanças e da Economia	Técnico Superior do Orçamento
Mohammed Abdulla	Ministério das Finanças e da Economia	Técnico Superior do Orçamento
Ranil Dissanayake	Ministério das Finanças e da Economia	Assessor sobre Eficácia da Ajuda
Bruno Moonen	Iniciativa Clinton para o Acesso à Saúde, Quênia	Director
Faki Macanwe Jaki	Equipa Distrital de Controlo Sanitário	Técnico Distrital de Saúde Pública
Menuu J Ibrahim	Equipa Distrital de Controlo Sanitário	Oficial Distrital da Saúde
Mwaminie J Muhidini	Equipa Distrital de Controlo Sanitário	Administrador Distrital



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.