

COVID-19, SSR&D E SISTEMAS DE SAÚDE

“O Coronavírus deixa claro o que nunca deixou de ser verdade. A sua saúde é tão segura quanto a da pessoa mais insegura e desprotegida na sua sociedade. Será decidido pelo nível do chão e não pela altura do tecto.” - Anand Giridharada

A COVID-19 E O IMPACTO NA SAÚDE EM ÁFRICA

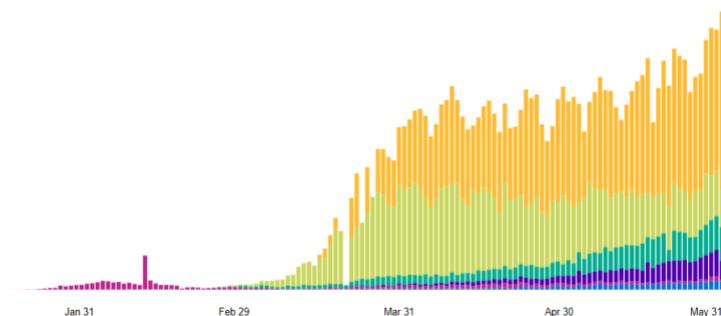
A pandemia da COVID-19 despoletou uma enorme crise de saúde pública e uma subsequente crise económica a nível mundial. Expôs, igualmente, as consequências de décadas de subinvestimento crónico nos sistemas de saúde em todo o mundo, mas, especialmente, nos países de baixo rendimento. Os sistemas de saúde na maioria dos países africanos, já gravemente sobrecarregados antes do surto maciço do vírus, apresentam um risco acrescido de colapso.

A COVID-19 propagou-se a todos os países africanos, mas, apesar de um aumento constante do número de casos confirmados, o surto no continente parece ser mais lento do que a curva global de infeções e mortes.^{1, 2, 3}

Case Comparison

WHO Regions

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Americas | 3,022,824 confirmed cases |
| Europe | 2,191,614 confirmed cases |
| Eastern Mediterranean | 552,497 confirmed cases |
| South-East Asia | 296,620 confirmed cases |
| Western Pacific | 186,853 confirmed cases |
| Africa | 115,639 confirmed cases |



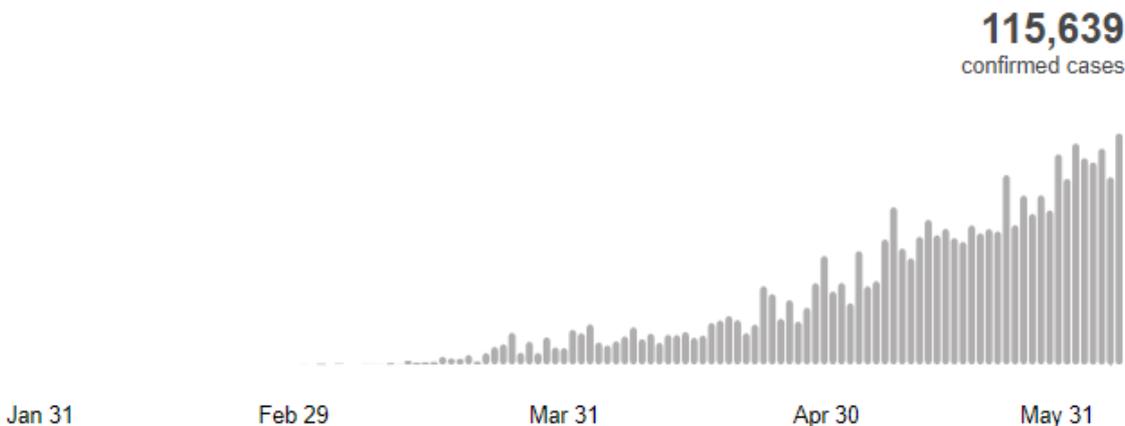
Fonte: <https://covid19.who.int/> (consultado a 4 de Junho de 2020)

¹ <https://www.theafricareport.com/27470/coronavirus-unpacking-the-theories-behind-africas-low-infection-rate/>

² <https://www.economist.com/middle-east-and-africa/2020/05/16/why-covid-19-seems-to-spread-more-slowly-in-africa>

³ <https://medicalxpress.com/news/2020-04-africa-coronavirus-outbreak-slower.html>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que o pico da pandemia ainda está por vir.⁴



Fonte: <https://covid19.who.int/> (consultado a 4 de Junho de 2020)

É amplamente consentido que, para além da saúde, a COVID-19 terá um enorme impacto na situação socioeconómica e política em África.

Como parte do nosso trabalho contínuo de advocacia em saúde sexual reprodutiva e direitos (SSR&D) e de defesa dos sistemas de saúde, a Wemos partilha e troca informações regularmente com a sociedade civil do Malawi, Moçambique, Quênia, Tanzânia e Uganda para compreender a realidade dos países e definir estratégias de resposta aos paradigmas de evolução global. A partir da nossa recente colaboração nestes países, identificámos conjuntamente as principais áreas de preocupação resultantes do surto da COVID-19 em cada um destes países:

- a falta de sensibilização, informação e comunicação com o público sobre a COVID-19;
- escassez geral de profissionais de saúde;
- a falta de equipamentos de protecção individual (EPI) para os trabalhadores do sector da saúde;
- preocupação com a disponibilidade e acessibilidade de medicamentos e vacinas a preços acessíveis;
- a carga adicional sobre as populações vulneráveis e marginalizadas (refugiados, habitantes de bairros suburbanos, mulheres, adolescentes, populações-chave, pessoas com doenças crónicas, bem como sobre a comunidade LGBTQIA+);
- a interrupção dos principais serviços essenciais e de emergência, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (SSR), o HIV/SIDA, a tuberculose e a malária;

⁴ <https://www.afro.who.int/news/new-who-estimates-190-000-people-could-die-covid-19-africa-if-not-controlled>



- a falta de transparência e de responsabilização em relação aos fundos da COVID-19 e a falta de coordenação entre os doadores;
- restrição no acesso aos serviços de saúde devido a medidas de confinamento, restrições à circulação e recolher obrigatório, ocorrendo situações de detenções arbitrárias e brutalidade policial na implementação das medidas tomadas;
- restrição do acesso aos serviços de saúde devido a bloqueios, restrições à circulação e recolher obrigatório, com detenções arbitrárias e brutalidade policial;
- o impacto socioeconómico limita ainda mais a capacidade de as pessoas terem rendimentos para cobrir os custos de transporte para as unidades sanitárias;
- redireccionamento de fundos críticos dos programas SSR&D para a COVID-19;
- rupturas nas cadeias de abastecimento de contraceptivos e outros medicamentos essenciais;
- o aumento das denúncias de violência sexual e baseada no género, combinado com um menor acesso aos serviços de emergência.

Não obstante a reprodução das ameaças enunciadas, que demonstram sistematicamente os efeitos nocivos em cada país, é também evidente que os contextos diferem e evoluem rapidamente, não existindo uma solução global para dar resposta às necessidades mais críticas.

No **Quénia**, a rede [Legal and Ethical Issues Network on HIV and AIDS \(KELIN\)](#) salienta que as medidas extraordinárias do país, como o confinamento extremo e o recolher obrigatório, adoptadas em nome da saúde pública, não se baseiam na legislação queniana, são abordagens *top-down* e que não entrosam com o sistema descentralizado de governo do Quénia.⁵ Verificou-se uma diminuição global noutros serviços de saúde, em especial no que diz respeito à SSR. Isto resulta, em parte, de uma diminuição da procura, quer por medo do vírus, quer por desinformação sobre a descontinuação dos serviços. Além disso, há relatos de mulheres e raparigas que são afastadas ou incapazes de chegar aos serviços por causa do recolher obrigatório. Embora se reconheça a necessidade de proteger os trabalhadores do sector da saúde, poder-se-ia fazer mais para garantir a sua protecção. Há também notícias preocupantes de que os centros de quarentena são indevidamente utilizados como local de punição para pessoas que violam o recolher obrigatório ou não usam máscaras em público, e não apenas para colocar em quarentena os recém-chegados ao país.⁶ Por fim, a aplicação deficiente das medidas de distanciamento social, as lacunas no saneamento e no fornecimento de alimentos e água em alguns estabelecimentos e unidades sanitárias contribuem para a propagação do vírus, em vez de o conterem.⁷

⁵ <https://www.hrw.org/news/2020/05/28/kenya-quarantine-conditions-undermine-rights>

⁶ <https://www.kelinkenya.org/kenyas-growing-anti-rights-public-health-agenda-during-covid-19/>

⁷ <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/kenyan-capitals-water-shortage-raises-covid-19-risk>

No **Malawi**, a rede [Malawi Health Equity Network \(MHEN\)](#) salienta as dificuldades que o ambiente político no país tem colocado.⁸ Com os resultados das eleições presidenciais de Maio de 2019 anulados pelo Tribunal Supremo, devido a irregularidades eleitorais, e as novas eleições previstas para o início de Julho de 2020, a sociedade civil e os cidadãos resistem a medidas de confinamento e estas são tidas como uma medida política que poderia potencialmente permitir a manutenção do actual governo no poder.

Para além do ambiente político vigente, o Malawi é o terceiro país mais pobre do mundo em termos de PIB per capita⁹, com a grande maioria da economia de base informal e um governo que não tem condições de suportar medidas de protecção socioeconómica. No início de Abril, a falta de EPI e de outras medidas de protecção para os profissionais de saúde, um recurso escasso neste país, provocou o encerramento de todos os principais hospitais a nível nacional por parte destes profissionais, o que levou à perda de vidas.¹⁰ A MHEN salienta a necessidade de coordenação entre doadores, maior transparência e responsabilização em matéria de contribuições e alocação de recursos.¹¹

Em **Moçambique**, a [N'weti](#) relata uma resposta de cooperação e globalmente bem coordenada no sector da saúde entre o governo, as organizações da sociedade civil (OSC) e os parceiros de desenvolvimento. O país entra no terceiro mês do estado de emergência (até ao final de Junho). Embora não se trate de um confinamento total, as medidas restritivas têm um impacto profundo nas pessoas que dependem da economia informal para a sua subsistência. Até à data, as mensagens de prevenção têm sido dirigidas principalmente à população urbana. As comunidades rurais têm acesso limitado a informações fiáveis sobre a situação e medidas de prevenção. O governo incentivou a manutenção da provisão dos serviços de saúde a nível das unidades sanitárias que integram o sistema de saúde, mas suspendeu vários serviços a nível comunitário. Grandes programas no âmbito da resposta do país ao HIV, incluindo a prestação de serviços comunitários de HIV e outras intervenções na comunidade, foram parcialmente suspensos como parte das medidas de prevenção da COVID-19. Os serviços a nível das unidades sanitárias públicas continuam, na sua maioria, mas as pessoas que vivem com o HIV receiam ir às unidades sanitárias para recolher os medicamentos por causa do coronavírus. Ademais,



6 de Maio de 2020, Cidade de Blantyre, Malawi. Os líderes dos partidos da oposição, o Dr. Lazarus Chakwera e o Dr. Saulos Chilima, a caminho da sessão para a apresentação dos seus documentos de candidatura para as próximas eleições de Julho.

⁸ <https://www.dailymaverick.co.za/article/2020-04-20-covid-19-and-the-future-of-malawis-2020-presidential-election-re-run/>

⁹ De acordo com os dados mais recentes do Banco Mundial, consultado a 28 de Maio de 2020: <https://data.worldbank.org/>

¹⁰ <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/malawi-high-court-blocks-coronavirus-lockdown-200417184430403.html>

¹¹ <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/malawis-public-hospitals-close-medics-strike-lack-funding-covid/>

enquanto alguns doadores proporcionaram flexibilidade às OSC para adaptarem o seu trabalho dado a conjuntura actual, outros foram mais rigorosos e outros ainda suspenderam o financiamento devido à realocação dos seus fundos para a resposta à COVID-19. Isto também afecta a capacidade do sector de assegurar a continuação dos projectos vinculados aos serviços de saúde, incluindo a provisão para as populações mais vulneráveis, tais como as raparigas adolescentes.

No **Uganda**, o [Centre for Health Human Rights and Development \(CEHURD\)](#) chama a atenção para os efeitos danosos do confinamento e das mortes indirectamente relacionadas com a pandemia, afectando, particularmente, as pessoas mais vulneráveis. De uma forma geral, o direito à saúde tem sido afectado em termos de acessibilidade, custos, disponibilidade e qualidade dos serviços, com pessoas a morrer por não conseguirem aceder aos cuidados de saúde ou por terem receio de não cumprir com o recolher obrigatório.¹² As pessoas têm receio de procurar ajuda, enfrentam desafios adicionais para chegar às unidades sanitárias, e, mesmo chegando à unidade sanitária, pode não haver provisão de serviços devido à falta de pessoal ou de EPI. Simultaneamente, não só as directrizes governamentais são pouco claras, como são frequentemente mal interpretadas e resultam em situações como o encerramento de farmácias, porque são consideradas lojas normais e não serviços essenciais, ou profissionais de saúde que não conseguem chegar às unidades sanitárias porque não estão isentos de restrições de transporte. As pessoas LGBTQIA+ estão também desprotegidas devido à interrupção da cadeia de serviços, uma vez que as organizações não governamentais (ONG), que são os principais provedores de serviços para este grupo vulnerável, não podem levar os serviços até elas. O CEHURD relata desafios no controlo, responsabilização e transparência relativamente aos recursos recolhidos através de deduções salariais da população e recebidos dos doadores, que se têm concentrado na sua maioria na capital, deixando as zonas rurais desprovidas de recursos.

A **Tanzânia** é uma excepção no continente. A resposta tem sido diferente da de outros países da região, e esperam-se nefastas consequências, dada a pura falta de reconhecimento da COVID-19 como uma ameaça.^{13, 14, 15, 16} A resposta impulsionada contexto político restringe a vigilância, a monitoria, a coordenação da resposta e a responsabilização dos recursos dos doadores para a resposta à COVID-19. No caso da Tanzânia, a maioria dos doadores optou por

¹² <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-uganda/in-uganda-mothers-in-labour-die-amidst-coronavirus-lockdown-idUSKCN21R2FA>

¹³ <https://mg.co.za/africa/2020-05-25-tanzania-magafuli-risk-coronavirus/>

¹⁴ <https://www.egyptindependent.com/tanzania-says-virus-defeated-through-prayer-but-fears-grow/>

¹⁵ <https://www.csis.org/analysis/implications-tanzanias-bungled-response-covid-19>

¹⁶ <https://theconversation.com/tanzanias-covid-19-response-puts-magufulis-leadership-style-in-sharp-relief-139417>

financiar directamente as OSCs para a resposta, em vez de o fazer através do financiamento central ou do mecanismo governamental.

NOVAS OPORTUNIDADES

Apesar dos desafios identificados, a pandemia abriu novas oportunidades na utilização de tecnologias móveis e de telessaúde em muitos contextos. Verifica-se agora um aumento das abordagens inovadoras à provisão de serviços de saúde que utilizam a tecnologia como forma de prestar respostas inovadoras. Alguns exemplos incluem o (re)desenvolvimento de um centro de chamadas que funciona sete dias por semana, uma plataforma de comunicação digital que permite aos provedores de serviços partilhar e receber informações, e o desenvolvimento de pacotes de formação para provedores de serviços e promoção da saúde utilizando telemóveis na Tanzânia. Em Moçambique, N'weti está também a planear lançar mensagens em larga escala através da rádio comunitária para combater a desinformação e os mitos, promover a aceitação de outros serviços e sair do enfoque biomédico rigoroso através da partilha de informação sobre bem-estar holístico. No Quênia, para garantir documentação e assistência em casos de violação dos direitos humanos, a KELIN e outros parceiros criaram uma linha gratuita (bem como um serviço de SMS e correio electrónico) onde as pessoas podem denunciar a violação dos seus direitos.

LIÇÕES APRENDIDAS E PROPOSTAS DE SOLUÇÕES ESPECÍFICAS COM BASE NO APRENDIZADO DE DOENÇAS QUE ECLODIRAM NO PASSADO

A EVOLUÇÃO DA RESPOSTA AO HIV

Desde que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi identificado pela primeira vez há três décadas, a pandemia do HIV tem vindo a tornar-se endémica da África Subariana.¹⁷ O que começou como uma resposta de emergência, tornou-se numa estratégia a longo prazo para prevenir novas infecções e responder às necessidades das pessoas que vivem com o HIV. Há muito desta experiência que se pode empregar nas acções ligadas às desigualdades na saúde, desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar, criação de um ambiente propício para apoiar a mudança de comportamento, e operar sob uma abordagem de direitos humanos.^{18, 19}

Embora a COVID-19 se encontre numa fase de resposta de emergência, a tónica é colocada na garantia de acesso a bens essenciais, na protecção dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de vacinas, na comunicação da mudança de comportamento e na mobilização

¹⁷ https://www.researchgate.net/publication/51799344_Redesigning_the_AIDS_response_for_long-term_impact

¹⁸ [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30110-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30110-7/fulltext)

¹⁹ <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19>

da comunidade. Ao mesmo tempo, é também necessário investir na prevenção de futuros surtos e no reforço dos sistemas de saúde para incorporar a prevenção e os cuidados a longo prazo para a COVID-19.

ABORDAGENS MULTISSECTORIAIS E DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Tendo em conta as respostas específicas a doenças que surgiram anteriormente, as evidências demonstram a necessidade de abordagens multissectoriais e de sistemas de saúde que reforcem as acções a par do enfoque biomédico que está actualmente a ser priorizado na maioria dos contextos da resposta à COVID-19.²⁰ Os debates políticos, o desenvolvimento e a implementação de programas têm-se centrado frequentemente no tratamento e na obtenção de resultados específicos de doenças, sem incorporar todo o espectro de serviços de saúde essenciais e de qualidade para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS), ou seja, a prevenção, a promoção da saúde, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos.²¹

O ENGAJAMENTO DA SOCIEDADE CIVIL E DAS COMUNIDADES

A importância do envolvimento e a participação das comunidades e das organizações da sociedade civil desde o início de todo o processo é fundamental, desde a concepção, execução, monitoria e avaliação dos programas.²² O envolvimento das comunidades e da sociedade civil permite uma maior transparência e responsabilização tanto dos investimentos como das respostas dos doadores e dos governos.

INCLUSIVIDADE E ANÁLISE DE GÉNERO

A experiência já obtida em surtos anteriores demonstra a igual importância de incorporar uma análise de género e inclusão nos programas, em especial nos esforços de preparação da resposta. Esta inclusão tem efeitos positivos na melhoria da eficácia das intervenções de saúde e na promoção da igualdade de género e na saúde.²³

COVID-19 E A SSR&D

A COVID-19 demonstrou que resultados na SSR&D não podem ser mantidos sem sistemas de saúde resilientes e sustentáveis. Como com qualquer resultado de saúde, o alcance de resultados positivos na SSR&D exige um esforço multissectorial, envolvendo escolas, comunidades, locais de trabalho e muito mais. No entanto, o pré-requisito mais crítico para a

²⁰ <https://stopaids.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/HIV-Universal-Health-Coverage-and-the-future-of-the-global-health-architecture.pdf>

²¹ Documento de reflexão: [Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC](#). UHC2030, 27 de Maio de 2020.

²² [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30482-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30482-0/fulltext)

<https://www.chathamhouse.org/file/international-affairs-webinar-civil-society-and-covid-19-sub-saharan-africa>

²³ https://esther.eu/wp-content/uploads/2020/05/Gender-COVID-19-Webinar-Summary-Publication.pdf?mc_cid=f7f18c545f&mc_eid=6883b8e804

SSR&D é um sistema de saúde com capacidade de resposta, forte e que funcione bem, e que disponha de pessoal e de financiamento adequados (ver também o [artigo](#)²⁴ recente da Wemos sobre o reforço dos sistemas de saúde e a SSR&D).

O Ministro Kaag, num debate recente²⁵ sobre a resposta dos Países Baixos à COVID-19, reconhece o quão é cada vez mais evidente a necessidade de se pensar os sistemas de saúde de forma (mais) ampla e ir para além do foco na SSR&D, como vem sido característica da ajuda ao desenvolvimento dos Países Baixos, nesta nova realidade.

OS 3 GS

Sistemas de saúde fortes e funcionais que possam garantir uma cobertura universal de saúde, incluindo a SSR&D, só podem ser alcançados através de investimentos adequados, sustentados e alinhados a partir de recursos internos e externos. O alinhamento das iniciativas globais no domínio da saúde (GHIs²⁶) para aumentar o impacto e a eficiência do seu funcionamento é imperioso, especialmente neste momento, para a resposta a curto prazo da COVID-19, mas também a longo prazo, para contribuir para o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, uma boa saúde e o bem-estar. Reconhecemos o papel de outras parcerias que apoiam o reforço dos sistemas de saúde e o financiamento bilateral. Contudo, neste contexto, consideramos importante que os esforços de alinhamento se concentrem nas três principais iniciativas globais da saúde (GHI), que também estão a receber o apoio do Governo dos Países Baixos.

A GAVI (Vaccine Alliance) focada na vacinação, o Global Financing Facility (GFF) e o Global Fund (GF), para o combate ao SIDA, Tuberculose e Malária, são exemplos de diferentes iniciativas GHI com uma área específica mas que são deveras relevantes para a discussão de uma resposta para uma pandemia e para o reforço dos sistemas de saúde. Desde 2019 que estas iniciativas aumentaram o nível de articulação entre os parceiros mundiais para uma progressão no sentido dos ODS, o que culminou no plano global *Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being*, que as três iniciativas mencionadas assinaram em conjunto com outras nove.²⁷

Estas três iniciativas (conhecidas colectivamente como as 3G) incorporaram o reforço dos sistemas de saúde como estratégia fundamental do seu investimento. Todas salientam que as suas estratégias são dirigidas e apropriadas pelos países. No entanto, as estratégias respectivas a cada iniciativa são adaptadas para atingir os objectivos específicos relativos às doenças com que cada iniciativa lida. Os investimentos da GAVI devem estar em conformidade com os

²⁴ Este artigo está apenas disponível em inglês.

²⁵ https://www.youtube.com/watch?v=BSH3cQBY0wQ&t=3289s&utm_source=Deelnemers+05+07+2020+Webinar+Minister+Kaag+%26+Crona+gezant+Sijbesma&utm_campaign=2f22e71f52-email_report_militarymobility_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_44a272a953-2f22e71f52-80138106

²⁶ Global Health Initiatives.

²⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330060/WHO-DGO-GAP-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

objectivos de vacinação da GAVI e devem ser aprovados pelo comité independente de avaliação da GAVI. Na perspectiva do GF, o reforço dos sistemas de saúde implica que os países cumpram com as normas dos programas do GF em termos de mecanismos de aquisição e de cadeias de abastecimento, sistemas de gestão financeira, sistemas de gestão de dados, capacidade analítica e potenciar a mão-de-obra no sector da saúde. O GFF, por outro lado, centra-se numa área mais vasta de actuação, a saúde reprodutiva, materna, neonatal e dos adolescentes e nutrição, através da mobilização de recursos e ganhos de eficiência com intervenções de alto impacto no cerne do seu funcionamento. Apesar da intenção de administração e apropriação por cada país, as suas ligações com o Banco Mundial impõem uma certa limitação à utilização dos fundos.

Se todas as GHIs estabelecerem como critério o alinhamento dos programas dos sistemas de saúde com os seus próprios objectivos específicos de acordo com as doenças com que lidam, torna-se limitado o espaço para os países investirem na sua verdadeira capacidade de resposta geral do sistema de saúde - algo que a actual pandemia tem revelado como essencial. Para além de uma forte retórica sobre o reforço dos sistemas de saúde, que inclui os cuidados de saúde primários e a cobertura universal da saúde, estas três iniciativas poderiam fazer mais para apoiar estes objectivos mais amplos nas suas parcerias com os respectivos países, potenciando os objectivos identificados como comuns nos diferentes países.²⁸

A COVID-19 E A RESPOSTA A LONGO PRAZO: CRIANDO SISTEMAS DE SAÚDE SUSTENTÁVEIS E RESILIENTES

O mundo encontra-se num momento decisivo: ou optamos por manter o *status-quo* ou optamos por investir verdadeiramente na agenda da cobertura universal de saúde, incluindo uma SSR de qualidade. A única forma de lidar eficazmente com este novo desafio é através de um sistema de saúde pública forte, concebido e implementado para fornecer serviços de prevenção e cuidados de saúde de qualidade para *todos*, incluindo os mais pobres, os mais marginalizados e as pessoas que apresentam um quadro de múltiplas vulnerabilidades concorrentes.

A maioria dos países africanos integrou a cobertura universal de saúde como um objectivo nas suas estratégias nacionais de saúde. No entanto, os progressos na tradução destes compromissos em recursos internos alargados para a saúde, numa ajuda ao desenvolvimento eficaz, em serviços de saúde equitativos e de qualidade e numa maior protecção financeira, tem sido lenta.²⁹

²⁸ Nota: A Wemos, em colaboração com a Cordaid, está actualmente a preparar um documento sobre o alinhamento dos 3G que será publicado nos próximos meses.

²⁹ https://www.who.int/health_financing/documents/uhc-in-africa-a-framework-for-action.pdf?ua=1

A maioria dos países de baixo e médio rendimento ficou não só aquém do objectivo consagrado em Abuja de investir 15% das suas despesas públicas no sector da saúde, mas ainda mais longe de cumprir os objectivos de investimento per capita para a cobertura universal de saúde³⁰, quer em termos absolutos (112 USD per capita), quer em percentagem do PIB (5%). África Subsariana tem, de longe, a taxa de mortalidade materna mais elevada, com 546 mortes maternas por cada 100 000 nados-vivos³¹, bastante acima da meta do ODS de 70 por 100 000 até 2030. Em África regista-se 24% do fardo global de doenças, mas apenas 3% da mão-de-obra global no sector da saúde. Muitos países estão bastante abaixo do limite mínimo do ODS de 4,45 trabalhadores da saúde por 1 000 recomendados pela OMS: por exemplo, no Quênia 1,32, no Malawi 0,48, em Moçambique 0,77, na Tanzânia 0,60 e no Uganda 1,41 profissionais de saúde por 1 000 habitantes.³²

Dos doadores que dão prioridade à saúde, a maioria refere a importância de sistemas de saúde fortes. Contudo, muitos consideram que o reforço dos sistemas de saúde é demasiado amplo, demasiado abrangente, ou demasiado a longo prazo para o financiamento dos doadores. A posição comum dos doadores é que os custos recorrentes, tais como salários e custos de funcionamento das unidades sanitárias, devem ser financiados a partir de recursos nacionais. Os doadores evitam assumir o encargo a longo prazo destes custos, invocando o risco de dependência dos doadores o que compromete a apropriação e a governação. Muitos doadores preferem dar prioridade aos investimentos em intervenções com impactos mais mensuráveis, ao mesmo tempo que actuam contra a elevada carga de doenças, como por exemplo, para a redução da malária, do HIV e a tuberculose, prevenção da mortalidade materno-infantil, desenvolvimento da provisão de água e o saneamento e o aumento do acesso aos contraceptivos. Embora estas intervenções tenham conduzido a melhorias consideráveis nos sistemas de saúde e nos resultados de saúde nestes contextos, ainda não se verifica o alcance da cobertura universal de saúde em muitos países.

Não existem atalhos para a criação de sistemas de saúde resilientes e sustentáveis que proporcionem uma cobertura universal de saúde e possam incorporar respostas a novos desafios de saúde como a COVID-19. Há mais de uma década que existe um consenso sobre os elementos nucleares constitutivos da saúde³³, que a Organização Mundial de Saúde conceptualizou pela primeira vez em 2007. No entanto, apesar de boas intenções e de muitos compromissos globais, tal não se traduziu em investimentos financeiros adequados para os sistemas de saúde. A COVID-19 vem evidenciar, mais uma vez, a necessidade de eliminar os obstáculos financeiros ao acesso aos serviços de saúde, de não só apoiar mais os profissionais

³⁰ McIntyre, Meheus and Rottingen (2017).

³¹ <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

³² Dados obtidos do Global Health Observatory da OMS (<https://www.who.int/data/gho>). Os profissionais de saúde incluem médicos, pessoal de enfermagem e parteiras. Últimos dados disponíveis de 2018 (total do Quênia, total do Malawi, total de Moçambique, pessoal de enfermagem e obstetrícia do Uganda), 2017 (médicos do Uganda, pessoal de enfermagem e obstetrícia da Tanzânia), 2016 (médicos da Tanzânia).

³³ [Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes—WHO's Framework for Action](#). Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2007.

da saúde como melhorar a qualidade deste suporte, e de financiar de forma adequada os bens essenciais para a saúde, incluindo o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde.³⁴

RECOMENDAÇÕES

Uma resposta estrutural fundamental da COVID-19 a médio e longo prazo consiste em investir no reforço dos sistemas de saúde, num empreendimento conjunto entre governos de países de baixo e médio rendimento e doadores. Com base nas informações dos países parceiros e nos ensinamentos retirados das nossas outras áreas de especialização, recomendamos:

- **Garantir e dar prioridade aos investimentos em soluções práticas bottom-up que sejam geridas localmente e ligadas a mecanismos de responsabilização igualmente bottom-up**
É fundamental assegurar o empenho e a participação das comunidades afectadas e das OSC para informar as respostas desde o início do processo, da concepção, à execução e monitoria e avaliação do programa, obrigando simultaneamente os doadores e os governos à prestação de contas. Por exemplo, a monitoria de base comunitária (*Community-Led Monitoring*)^{35, 36} é uma iniciativa de advocacia e participação fundamentada em evidências que inclui a voz das comunidades, comumente ausente, na avaliação e melhoria do desempenho dos sistemas de saúde. Esta abordagem prevê a monitoria dos serviços pelas comunidades e inclui uma série de métodos qualitativos e quantitativos de recolha de dados, incluindo - mas não se limitando - ao cartão de pontuação comunitário, a monitoria do orçamento e observatórios dos cuidados de saúde de base comunitária. As comunidades definem os indicadores utilizados para monitorar regularmente a qualidade, o acesso, a disponibilidade e os custos dos serviços e das políticas, quando aplicável, e identificam desafios e pontos de obstrução. O financiamento destas iniciativas é fundamental.
- **Garantir a inclusividade, o género e a interseccionalidade na resposta da COVID-19**
A interseccionalidade³⁷ e a inclusão são fundamentais para garantir que “ninguém fica para trás”. Não podemos alcançar a cobertura universal de saúde se os mais vulneráveis não forem contemplados. Devido à sua complexidade, incorporar a interseccionalidade nos sistemas de saúde requer um esforço conjunto, um financiamento específico e uma definição clara das populações-alvo. Como se tem verificado, as emergências sanitárias agravam os problemas já existentes e o fardo das consequências é suportado por aqueles que são mais vulneráveis.

³⁴ Documento de reflexão: [Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC](#). UHC2030, 27 de Maio de 2020.

³⁵ http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-Brief_full.pdf

³⁶ https://www.academia.edu/29190075/NWETIS_COMMUNITY_SCORECARD_EXPERIENCE_IN_NAMPULA

³⁷ A interseccionalidade refere-se ao reconhecimento das identidades múltiplas que estão associadas a mecanismos inter-relacionados e sobrepostos de exclusão e marginalização (por exemplo, idade, religião, sexo, raça, etnia, deficiência e estatuto socioeconómico).

- ***Apoiar os governos no aumento da mão-de-obra no sector da saúde e assegurar uma distribuição equitativa da mesma***

Os programas de apoio financeiro dos doadores e agências bilaterais e multilaterais não dão prioridade específica à necessidade urgente de formar e recrutar mais profissionais de saúde em contextos de recursos limitados e de melhorar a remuneração, as condições de trabalho e os benefícios de retenção de pessoal, em especial nas zonas rurais e de difícil acesso. Dada a pressão sem precedentes sobre os sistemas de saúde mais desenvolvidos, temos sérias preocupações com os países com graves carências de profissionais de saúde, que carecem de resolução, desde antes da pandemia da COVID-19. A actual crise oferece aos financiadores da saúde no sentido mais amplo a oportunidade de se empenharem e contribuírem para um financiamento conjunto e adequado, baseado numa análise sólida dos mercados de trabalho no sector da saúde e no recrutamento ético internacional de profissionais de saúde, o que resulta em investimentos significativos a longo prazo na mão-de-obra no sector da saúde.

- ***Aumento do espaço fiscal para um sector da saúde com sustentabilidade e responsabilização***

Os impostos sobre a saúde, as melhorias na eficiência e as reformas das finanças públicas, tal como actualmente consensualizado, apenas mobilizarão recursos limitados. Não serão suficientes para apoiar os países a fazer face às suas necessidades de saúde no meio da pandemia, nem para um desenvolvimento sustentável do sistema de saúde a longo prazo. As instituições financeiras internacionais, as instituições e iniciativas de doadores e os governos doadores devem também apoiar e financiar o trabalho de responsabilização, a fim de evitar a perda de avultados recursos devido a fluxos financeiros ilícitos, que chegam a cerca de 500 mil milhões de dólares por ano a nível mundial. Além disso, os próprios governos doadores podem cancelar as obrigações de pagamento da dívida bilateral e multilateral. Nomeadamente, 46 países do mundo gastavam mais recursos no serviço da dívida pública do que nos seus sistemas de saúde em 2018.³⁸ A resolução deste problema permitirá aos países africanos recuperar das elevadas perdas dos seus orçamentos públicos e ter a oportunidade de aumentar o seu [espaço fiscal](#)³⁹ e investir em sistemas sustentáveis do sector social, incluindo a saúde. As instituições financeiras internacionais podem igualmente abster-se de políticas e condicionalismos que contenham a capacidade dos países para gastar na saúde pública. Esta deve ser a nova narrativa que informa os países das suas capacidades para aumentar os seus recursos internos no domínio da saúde e deve ser apoiada.

³⁸ [COVID-19 and debt in the global south: Protecting the most vulnerable in times of crisis](#). Eurodad, 2020.

³⁹ Este artigo está disponível apenas em inglês.

- **Apoiar um agrupamento global de patentes**

A 29 de Maio de 2020, a OMS lançou a iniciativa [COVID-19 Technology Access Pool](#), como proposto pela Costa Rica e apoiado por 37 países, incluindo os Países Baixos. Um agrupamento para a COVID-19 permitirá a produção descentralizada e acelerada das tecnologias necessárias relacionadas com a doença. A principal ideia subjacente a um agrupamento para a COVID-19 é a de que este permitirá a concessão de patentes "não exclusivas" dos direitos de um produto ou técnica a outros, tais como investigadores e produtores. Responderia à necessidade global de produtos a preços acessíveis - uma questão relevante uma vez que a COVID-19 está a afectar cada vez mais países com recursos financeiros limitados, e, muitas vezes, também com sistemas de saúde frágeis.

Agora que o agrupamento de patentes para a COVID-19 foi criado, é importante que os governos nacionais se empenhem com actores-chave interessados e relevantes, em especial com as universidades (medicina), a indústria farmacêutica e a sociedade civil. Todos estes intervenientes poderão dar o seu contributo. Será agora muito importante para os Países Baixos garantir que o conhecimento e a propriedade intelectual financiados pelo sector público sejam direccionados e partilhados com o agrupamento. Qualquer patente que resulte de investigação financiada por fundos públicos deve ser automaticamente integrada no agrupamento. Além disso, devem ser incluídas cláusulas jurídicas sobre a disponibilidade e custos dos futuros tratamentos que recorram a essas patentes.

Este artigo foi desenvolvido como parte do nosso trabalho em curso sobre os sistemas de saúde e a SSR&D e é co-financiado pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos (como parte da Health Systems Advocacy Partnership), Open Societies Foundations e outros doadores. A Wemos elaborou este artigo em colaboração com a Legal and Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN), Malawi Health Equity Network (MHEN), N'weti, e o Centre for Health, Human Rights and Development (CEHURD). Dado o contexto político sensível na Tanzânia o parceiro colaborador prefere não ser citado.

A N'weti foi o parceiro de tradução e sobre quem recai a responsabilidade dos conteúdos do artigo na versão em português. A versão original e em inglês do artigo pode ser acedida [aqui](#).