



P. Vitor/WHO



P. Vitor/WHO



P. Vitor/WHO



C. Gargano/WHO/PAHO

capítulo sete

reconciliar a saúde materna, neonatal e infantil com o desenvolvimento do sistema de saúde

Este último capítulo analisa o lugar da saúde materna, neonatal e infantil no contexto mais vasto do desenvolvimento do sistema de saúde. Hoje, a saúde materna, neonatal e infantil não se discute já em termos puramente técnicos, mas como parte de uma agenda mais alargada do acesso universal. Isto enquadra-a num projecto político honesto: responder à exigência da sociedade no sentido da protecção da saúde dos cidadãos e do acesso aos cuidados, uma exigência cada vez mais reconhecida como legítima.

REPOSICIONAR A SMNI

Durante muito tempo, os programas de saúde materna e infantil não tiveram um enfoque estratégico objectivo nem uma articulação de políticas consistente (1). As tensões entre os programas concentrados nas necessidades de saúde das mães e os desenvolvidos para os seus filhos revelaram-se contraproducentes para ambos: muitas necessidades específicas e legítimas tornaram-se frequentemente em exigências de cuidados e atenção que competiam entre si (2). Os programas para a mulher e para a criança foram reposicionados. Primeiro, as necessidades específicas dos recém-nascidos são agora mais reconhecidas: isto conduziu à introdução de um N de neonatal na conhecida sigla SM, que passa a designar-se SMNI. Segundo, é agora comumente defendido que os interesses da mãe e da criança estão intimamente ligados e que a agenda da SMNI não pode ser separada

do direito ao acesso a cuidados de saúde reprodutiva, tal como foi assumido pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD). Terceiro, existe agora um consenso generalizado de que os programas de SMNI só serão eficazes se for estabelecido um continuum de cuidados no interior de sistemas de saúde consolidados.

Isto obriga a que programas com diferentes histórias, estratégias e públicos se desenvolvam juntos e enfrentem o dilema da disputa pela atenção dos dirigentes e dos doadores. O financiamento para a saúde materna, neonatal e infantil é difícil de identificar: tende a diluir-se no interior do sistema de saúde em geral e a fragmentar-se numa justaposição de programas e ini-

Caixa 7.1 Fundos internacionais para a saúde materna, neonatal e infantil

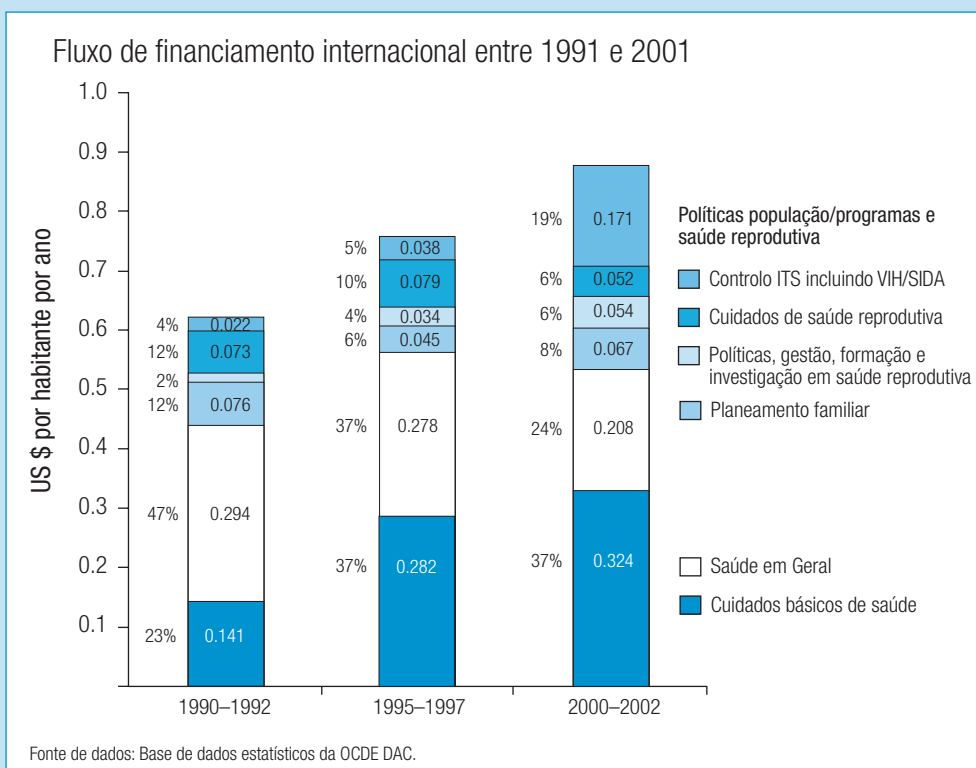
Os Fluxos Externos Oficiais (FEO)¹ para a saúde, derivados de bolsas e empréstimos, aumentaram de US\$ 3.2 para US\$ 6.3 bilhões de dólares entre 1990 e 2002 (em US\$ dólares constantes de 2002), o que equivale a uma subida de US\$ 0.62 para US\$ 0.88 dólares *per capita*. Estes valores não incluem os gastos em sectores como a água e o saneamento ou as despesas de saúde no contexto dos programas de apoio orçamental. Embora em termos globais isto corresponda a uma pequena fracção da despesa global na saúde dos 22 países mais ricos da OCDE, em muitos países isto tem uma importância estratégica, por duas razões. Primeiro, porque a média esconde uma enorme variação: nalguns países, os recursos externos representam uma grande fracção (38% no Níger em 2002, por exemplo). Segundo, porque, no interior do sector da saúde, algumas áreas dependem quase exclusivamente dos doadores. É este o caso da saúde infantil na maior parte dos países pobres de África (5).

A atribuição de recursos por sector mudou bastante entre 1990–1992 e 2000–2002. A

parcela de FEO atribuída à saúde reprodutiva e da população, que inclui o apoio à saúde materna, aumentou de 30% para 39%. Isto corresponde ao dobro do financiamento, isto é, de US\$ 1 bilhão passou-se para US\$ 2 bilhões de dólares por ano (em US\$ dólares constantes de 2002) entre 1990–1992 e 2000–2002. Esta situação acontece sobretudo em consequência do aumento de programas direccionados para as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA. Cerca de 4% dos FEO para a saúde destinaram-se a esses programas em 1990–1992, comparativamente a 19% (perto de US\$ 1.4 bilhão de dólares por ano) em 2000–2002. Os fundos atribuídos ao planeamento familiar e a outras áreas da saúde reprodutiva, que incluem a saúde materna, decresceram tanto em termos relativos como em termos absolutos.

A proporção atribuída aos cuidados básicos de saúde aumentou de 23% para 37% (US\$ 0.14 para US\$ 0.32 dólares *per capita*) entre 1990–1992 e 2000–2002. A maior parte desse aumento esteve ligada aos programas de cuidados de saúde básicos e primários e

ao controlo das doenças infecciosas. Não é possível desagregar estes fundos de modo a avaliar a evolução do financiamento atribuído à saúde infantil, mas é provável que esse financiamento tenha aumentado, embora de uma forma menos visível e detectável. O financiamento privado internacional para a saúde infantil, proveniente de organizações não governamentais e grandes fundações, como a Bill & Melinda Gates Foundation, também aumentou (6). Os gastos em saúde infantil por parte de fundações privadas mais pequenas diminuíram, mas o seu impacto global na saúde infantil é relativamente pequeno. Para os gestores de programas nacionais, a diluição dos fundos para a saúde infantil no apoio ao sistema ou ao sector, a canalização através de subprogramas verticais, como os esforços de erradicação da poliomielite, e a canalização aumentada da ajuda internacional, através das organizações não governamentais, levaram à percepção de que o acesso aos recursos necessários para o desenvolvimento dos programas integrados de saúde infantil, bem como o seu controlo, têm actualmente diminuído (5).



¹ Constituídos maioritariamente pela Assistência ao Desenvolvimento Oficial, mas incluindo também Outros Fluxos Oficiais (empréstimos), descritos na base de dados estatísticos da OCDE DAC (www.oecd.org/dac/stats).

ciativas. Apesar de toda a retórica sobre a integração, os doadores e as instituições mostraram pouco interesse em remover as distorções na atribuição de verbas e, em particular, nas decepcionantes contribuições para a saúde materna e o planeamento familiar, no âmbito do financiamento para a saúde reprodutiva (3,4) (ver Caixa 7.1).

Contrastando com o caminho escolhido pelos defensores de uma quantidade de outras prioridades de saúde pública fundamentais, como a malária, a tuberculose ou o VIH/SIDA, os defensores da saúde materna, neonatal e infantil – incluindo as várias parcerias globais (ver Caixa 7.2) – preferem recorrer aos grandes fundos disponibilizados para o desenvolvimento do sector da saúde a criar novos mecanismos de financiamento paralelos. Seja por razões de tática ou por considerações mais substantivas, isto é algo que se adequa bem à importância crescente do movimento de reforma do sector da saúde (13). A ênfase no desenvolvimento do sector da saúde como plataforma para a saúde materna, neonatal e infantil coincide com o reconhecimento, entre os doadores bilaterais e multilaterais chave, de que a redução da pobreza é o primeiro grande objectivo do apoio ao desenvolvimento (14). Surge num momento em que cresce uma onda de reformas nos cuidados de saúde - no rescaldo dos cuidados de saúde primários -, enraizada na ideologia neoliberal de afastar a presença do estado. Estas reformas foram promovidas em contextos de transição de economias socialistas para economias de mercado – em países como a Mongólia ou o Tajiquistão – e de reconstrução dos serviços em zonas pós-conflito, como o Camboja, ou como parte de programas de ajuste estrutural de muitos países africanos e asiáticos que enfrentavam sérias limitações de recursos. Como consequência, a SMNI desenvolve-se num contexto dominado pelas discussões sobre o papel e a responsabilidade do estado na

Caixa 7.2 Pressão crescente: as parcerias para a saúde materna, neonatal e infantil

Contra o cenário de progressão lenta rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde materna e infantil, a necessidade de uma resposta global e coordenada urgente levou a que várias agências e organizações internacionais conjugassem esforços e criassem parcerias para a saúde materna, neonatal e infantil. Ao longo das últimas décadas, tornou-se claro que o apoio necessário para o desenvolvimento de um país com recursos limitados é tão diverso e complexo que não pode ser fornecido de forma bem sucedida por uma só agência (7). No âmbito da saúde materna, neonatal e infantil, há três parcerias activas no presente: a Parceria para a Maternidade Segura e para a Saúde Neonatal, a Parceria para Recém-Nascidos Saudáveis e a Parceria para a Sobrevivência Infantil. A recém-estabelecida Parceria para a Maternidade Segura e para a Saúde Neonatal visa reforçar e expandir os esforços para incrementar a saúde materna e neonatal. A Parceria para Recém-Nascidos Saudáveis foi criada para promover a consciencialização e a atenção sobre a saúde neonatal, para a troca de informação e para melhorar a comunicação e a

colaboração entre as organizações que começam a trabalhar na saúde neonatal. A Parceria para a Sobrevivência Infantil, que está ainda em fase de desenvolvimento, pretende galvanizar o compromisso e a acção, a nível global e nacional, no sentido de acelerar a redução da mortalidade infantil no mundo. As três parcerias desempenham o seu trabalho no contexto da redução da pobreza, da equidade e dos direitos humanos. Colaboram entre si para assegurar uma abordagem coordenada do continuum de cuidados e da cobertura universal com intervenções custo-efectivas ao nível dos países.

A primeira função destas parcerias é estimular e sustentar a vontade política para manter a saúde materna, neonatal e infantil agendada como uma prioridade central. Fazem-no através do diálogo ao mais alto nível governamental. Dado que muitos países têm de aumentar os esforços no combate à exclusão, a monitorização das iniquidades na saúde materna, neonatal e infantil e na utilização dos serviços, bem como a localização de fluxos de recursos, tornaram-se motivos centrais de preocupação (8, 9). Mantendo-se informadas sobre os progressos

efectuados, as parcerias podem ajudar a responsabilizar os países e os seus parceiros (10).

As parcerias podem ainda ajudar a reduzir o fosso entre o conhecimento e a acção (11), facilitando a interacção entre os dirigentes, os investigadores, os financiadores e outros intervenientes que podem influenciar a aceitação dos resultados da investigação, bem como reorientar essa investigação no sentido de se eliminarem os entraves operacionais e sistémicos ao aumento de intervenções eficazes.

Finalmente, as parcerias podem ajudar a aproximar as várias partes envolvidas na saúde materna, neonatal e infantil (ministérios da saúde, das finanças e do planeamento, organizações nacionais não governamentais, grupos de profissionais de saúde, agências de doadores, agências das Nações Unidas, grupos religiosos e outros) ou prestar apoio técnico ao nível dos mecanismos de coordenação existentes. Isto permite criar parcerias a nível nacional através das quais o financiamento, o planeamento e a implementação dos planos de saúde materna, neonatal e infantil, nacionais e subnacionais, podem ser acelerados (12).

resolução dos problemas de subfinanciamento do sector da saúde, da acessibilidade dos serviços, das desigualdades e da exclusão, da falta de eficácia e de assunção de responsabilidades.

O resultado é que a saúde materna, neonatal e infantil já não pode ser enquadrada em termos puramente técnicos. A existência de um compromisso partilhado para resolver os problemas do sector da saúde obviamente que é relevante para a saúde materna, neonatal e infantil, pois contribui para a ideia de que os interesses das políticas da SMNI coincidem com os interesses das reformas. Em países onde a ajuda externa tem um papel importante, também parece que os interesses das políticas de saúde materna, neonatal e infantil correspondem aos das estratégias de redução da pobreza (PERP) das abordagens sectoriais (AS), através das quais as reformas são conduzidas (13) (ver Caixas 7.3 e 7.4). A realidade, contudo, não é tão simples.

Apoiantes diferentes, linguagens diferentes

As bases de apoio dos defensores das reformas e as da saúde materna, neonatal e infantil são bastante diferentes. Os programas de maternidade e saúde infantil seguras têm sido conservadoramente técnicos na sua tónica (4, 31), apresentando soluções consistentes em termos de estratégias técnicas e de custo-efectividade (32-36). Apesar de todos os imperativos lógicos que a regem, a integração dos subprogramas nas áreas da saúde materna, neonatal e infantil e da saúde reprodutiva há muito que é

Caixa 7.3 SMNI, pobreza e a necessidade de informação estratégica

A exigência de que os países formulem Estratégias de Redução da Pobreza (ERP), que antecederão a redução da dívida, e assumam a sua parte do compromisso relativamente aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio cimentou a ligação entre as políticas para a redução da pobreza e as prioridades da saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).

Sistematicamente, as ERP têm incluído a saúde materna e infantil (muitas vezes sem atenção à saúde neonatal) entre as suas prioridades, mas as estratégias para chegar aos pobres e aos excluídos consistem muitas vezes na mera continuação das práticas correntes (cujo sucesso ainda não foi demonstrado) (15). No entanto, a mudança mais significativa diz respeito ao facto de o processo das ERP voltar, firmemente, a colocar na agenda nacional as prioridades da SMNI, da pobreza e da exclusão, dando ao sector da saúde um lugar na mesa das negociações quando o governo discute a atribuição de orçamento às políticas de redução da pobreza (16). Os programas da SMNI já não são desenvolvidos isoladamente e com base em intervenções verticais: estão agora a ser considerados no contexto mais lato da política de redução da pobreza e, o que é mais importante, a sua relevância no quadro das políticas governativas gerais para a redução

da pobreza está a ser reconhecida. Até agora, esta nova vantagem estratégica trouxe ainda poucos benefícios. Os ministérios da saúde têm muitas vezes dificuldade em compreender que a redução da pobreza esteja no centro das suas acções; frequentemente, participam tardiamente no processo de concepção das ERP, e a um nível de representação relativamente reduzido. Mas o potencial existe, já que, pela sua própria natureza, os programas de SMNI se enquadram naturalmente no contexto de redução da pobreza: partilham valores semelhantes, baseados nos direitos e na eliminação da exclusão.

O primeiro ciclo das ERP foi criticado pela sua superficialidade e “semelhança evidente”, com estratégias globais que se sobrepõem às opções mais produtivas e localmente desenvolvidas (15, 17). Por exemplo, no Uganda, que tem um sistema descentralizado, a introdução das ERP trouxe consigo soluções genéricas, em vez de específicas, apagando os avanços conseguidos com as iniciativas locais que tinham sido tomadas a partir do Programa Descentralizado de Desenvolvimento Distrital.

A análise exigida para as ERP denunciou a escassez de informação estratégica relevante em muitos países em desenvolvimento. Embora alguns casos – como o da Gâmbia – tenha

sido possível desagregar informação de saúde crucial, em termos de idade, sexo, riqueza e divisões geográficas, poucos sistemas de informação de saúde apresentam essa flexibilidade ou acessibilidade (18-20). A informação relativa à SMNI e, em particular, à saúde materna continua a representar um problema, como o demonstram as dificuldades em documentar a mortalidade materna e em estabelecer sistemas de registo eficazes (21). Um obstáculo ainda maior, do ponto de vista do planeamento, é o carácter pouco rigoroso das informações cruciais sobre a disponibilidade dos recursos no interior dos sistemas de saúde: as estimativas sobre o número de profissionais qualificados para o Burkina Faso, por exemplo, oscilam entre 78 e 476, segundo a base de dados consultada. As informações sobre a rede pública são frequentemente vagas, enquanto que as que se referem aos sectores privado, sem fins lucrativos e comercial são muitas vezes inexistentes. A OMS está, presentemente, a ajudar os países a colmatar estas lacunas, por exemplo, através dos cálculos de Localização da Disponibilidade de Serviços ou, mais genericamente, apoiando a criação de redes de métrica de saúde.

problemática (37-40). Os programas verticais bem estabelecidos são frequentemente resistentes à mudança, e existe alguma apreensão (muitas vezes com boas razões) relativamente ao facto de a transição para a gestão integrada e para os sistemas de informação comportar o risco de perda de capacidades técnicas e empresariais que antes sustentavam as suas actividades (28, 40). Onde os programas integrados foram estabelecidos, obtiveram-se, frequentemente, recursos humanos, financeiros, logísticos e sistemas de monitorização paralelos (28). Na verdade, isto ajudou muitas vezes a consolidar os sistemas de saúde. Permanece, contudo, uma percepção firme de selectividade e de verticalidade destes programas, que inibe a sua fácil inserção em abordagens sectoriais abrangentes.

A convergência entre a agenda da saúde materna, neonatal e infantil e a da CIPD do Cairo veio adicionar uma segunda dimensão. As discussões políticas têm-se tornado mais sensíveis à inclusão, mais politizadas e orientadas para os direitos. Firmemente enraizadas numa visão em que os serviços públicos ou quase públicos teriam um papel fundamental, elas fazem referência, de forma cada vez mais explícita, aos direitos de acesso aos cuidados e aos sistemas de saúde. Como consequência, a linguagem usada pelos defensores da saúde materna, neonatal e infantil tornou-se uma com-

Caixa 7.4 Abordagens sectoriais

As Estratégias de Redução da Pobreza (ERP) surgiram quando os mecanismos de “abordagem sectorial” (AS) estavam a ser implementados enquanto instrumentos de coordenação e financiamento para harmonizar e delimitar o apoio ao desenvolvimento em torno de uma reforma sectorial coerente (20, 22, 23).

Os parceiros da AS num país – o Governo, a sociedade civil e as agências doadoras – comprometem os seus recursos com um programa cooperativo de trabalho. Isto inclui o desenvolvimento de políticas, a construção de capacidades e a reforma institucional: normalmente um misto de descentralização, reestruturação da função pública e dos ministérios da saúde, alargamento das opções de financiamento da saúde e reconhecimento de que os sistemas de saúde são pluralistas (24). As AS são sustentadas pela preparação de planos de despesa a médio prazo e pelos mecanismos financeiros de aquisição, desembolso e contabilidade correspondentes. Na colaboração está implícito o desenvolvimento de processos para negociar questões estratégicas e de gestão, bem como a monitorização e a avaliação do progresso mediante critérios previamente acordados (23, 25).

O reconhecimento, partilhado pelos doadores e governos receptores, da necessidade de coordenação de recursos foi um factor crítico na aceitação inicial das AS (26). Os doadores estavam – teoricamente – preparados para sacrificar o perfil habitual, investindo no apoio

ao desenvolvimento através de fundos de solidariedade (ou coordenado de outra forma), em troca de maior poder político e da oportunidade para influenciar a reforma sectorial. Os ministérios da saúde locais ganharam pelo menos a liderança nominal da colaboração e o acesso a um fundo de recursos ampliado, apesar de terem perdido a vantagem táctica que decorria das negociações efectuadas com agências individuais (26, 27). Este reconhecimento simultâneo do “domínio” local das reformas sectoriais e o compromisso, tanto dos doadores como do governo, no sentido do financiamento das reformas necessárias é significativo: marca uma mudança na prática do desenvolvimento, deslocando-se da coordenação de recursos para a sua gestão activa por uma coligação de participantes liderada pelo governo (28).

Ainda que os resultados estejam longe de ser sempre satisfatórios, os indicadores sugerem que a tendência para utilizar esses mecanismos de cooperação e mudar para o apoio orçamental irá continuar na maior parte dos países integrados no grupo ainda em fase de estagnação ou de recuo de indicadores (29). As ERP têm o potencial para conferir às AS um foco político unificador, a partir do qual os resultados da reforma podem ser avaliados (18), enquanto os processos requeridos para o cumprimento das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio são suficientemente complexos para reflectir os resultados gerais das reformas dos sistemas de saúde coordenadas pelas AS.

As AS foram, em parte, concebidas como resultado de um descontentamento generalizado com a falta de eficácia do apoio ao desenvolvimento baseado em projectos, e com a fragmentação e falta de coordenação entre os doadores, situação que seria contornada com a coordenação oferecida pela abordagem sectorial (23). O segundo motivo para o seu desenvolvimento, contudo, foi a experiência do Banco Mundial com o seu ajuste estrutural e os seus processos macroeconómicos (19, 22). A combinação destas estratégias conferiu às AS o potencial para orientar a reforma de todo o sector, com influência colectiva e poder financeiro suficientes para fazer mudanças de políticas a longo prazo com os ministérios da saúde.

A estrutura das AS também não se ajusta sempre ao perfil do apoio ao desenvolvimento de outras agências bilaterais ou não governamentais dedicadas à saúde materna, neonatal e infantil e defensoras dos valores subjacentes às AS. Elas podem encontrar-se limitadas pela legislação interna ou por normas administrativas, num âmbito em que podem comprometer-se com mecanismos de junção de fundos ou com os processos partilhados de monitorização e avaliação (30). Em muitos países, as organizações não governamentais envolvem-se de forma activa na saúde materna e infantil, mas o seu acesso aos mecanismos de governação da AS é habitualmente limitado.

binação de argumentos técnicos e de defesa. A especificidade e o enfoque na saúde materna, neonatal e infantil reforça assim o aparecimento de programas verticais de interesse especial, não obstante as tentativas para os colocar num âmbito mais geral, dentro dos sistemas de saúde. Isto provoca resistência no espírito abrangente das abordagens sectoriais.

Contrastando com o enfoque técnico dos programas de saúde materna, neonatal e infantil, as reformas dos cuidados de saúde são orientadas por imperativos económicos e administrativos abrangentes. O fulcro das acções para a reforma é todo o sector da saúde, e os principais defensores trabalham ao nível dos sistemas, tanto no seio dos sistemas de saúde nacionais como do exterior. Eles concentram-se naturalmente num certo número de problemas que constroem os sistemas de saúde de que dependem os cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, mas as considerações de carácter técnico e as relacionadas com a prestação de serviços, que estão no centro da agenda da SMNI, constituem uma preocupação secundária (13). E o que se torna mais grave é o facto de a articulação operacional entre a intervenção ao nível da comunidade mais os cuidados primários e os serviços hospitalares de referência – a essência dos sistemas distritais de saúde e da organização de um continuum de cuidados – ser muitas vezes feita de forma inadequada.

O fosso entre o enfoque ao nível do sistema e a linguagem empresarial da reforma, as preocupações dos gestores locais quanto à prestação de serviços no terreno e a linguagem de protecção da saúde materna, neonatal e infantil coloca os defensores da SMNI numa posição desconfortável (31, 41). As discussões estratégicas têm lugar numa arena fortemente politizada, onde os ministros da saúde competem com outros ministros que têm interesse na saúde, no planeamento ou no financiamento; os programas entram em conflito com os serviços integrados, os hospitais com os serviços baseados na comunidade; o planeamento e o financiamento centrais contrastam com a autonomia periférica; os governos e as organizações não governamentais competem pelos mesmos fundos de doadores (42). A junção real de recursos através dos sistemas financeiros do governo é excepcional, mesmo em países onde os mecanismos de AS visam aplicar este princípio (43). Apesar da colaboração retórica e do consenso no estabelecimento partilhado de prioridades, os programas de saúde materna, neonatal e infantil tentam muitas vezes salvaguardar o apoio através de donativos verticais continuados (44). Sendo as agendas institucionais o que são, isto será provavelmente inevitável, até certo ponto (45). Pelo efeito de rede, contudo, muitas vezes os responsáveis pelos programas de saúde materna, neonatal e infantil permanecem cépticos relativamente à sua capacidade para usar os recursos sectoriais, enquanto os gestores sectoriais poderão ser tentados a colocar essas actividades fora do âmbito das suas preocupações. Manter a saúde materna, neonatal e infantil no centro de uma agenda política de desenvolvimento do sistema de saúde é particularmente difícil para os governos que trabalharam durante décadas com orçamentos reduzidos e cujos sistemas de saúde se encontram divididos numa grande quantidade de projectos. Estes são precisamente os países que agora enfrentam os maiores problemas e que apresentam o progresso mais lento em termos de indicadores, sendo também aqueles que mais dependem dos doadores e das suas agendas em constante alteração.

SUSTENTAR O ÍMPETO POLÍTICO

Os progressos sustentados a longo prazo na saúde materna, neonatal e infantil exigem compromissos a longo prazo, que ultrapassam largamente o tempo de vida política de muitos dirigentes. Países como Cuba, Malásia e Sri Lanka assentaram os seus surpre-



P. Wiggers/WHO



A. Maak/WHO/PAHO

Para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil, há uma clara necessidade de continuidade de cuidados desde a gravidez até à primeira infância, passando pelo nascimento e pelo período neonatal



R. Kameyama/WHO



WHO/PAHO

endentes resultados num alargamento da cobertura dos sistemas de saúde, efectuado passo a passo, ao longo de muitos anos. Passaram por diferentes fases – estabelecer as fundações através da formação de um núcleo de profissionais de saúde, do desenvolvimento de uma rede acessível de serviços primários e de referenciação, assim como da consolidação dos avanços pelo aumento da qualidade dos cuidados (46) – tudo em conjunção com melhorias nas condições de vida e no estatuto das mulheres (47). A prioridade foi dirigida para as redes alargadas de segurança social, que asseguraram o acesso equitativo à saúde e à educação, tornando os serviços de saúde globalmente acessíveis, reduzindo o número de obstáculos aos serviços essenciais e oferecendo instrução primária e secundária a todas as crianças (48). Mesmo em alguns dos países mais pobres da América Latina, onde as crises monetárias, a fraqueza das instituições, as desigualdades sociais e a pobreza continuam a dificultar o progresso, tem havido sucessos notáveis no caminho para o acesso generalizado aos cuidados.

Estes países partilham um compromisso de longo prazo, no sentido de construir sistemas de saúde ao longo de muitos anos, com “vontade política” sustentada e “domínio” (49-56). A maior parte dos analistas concordaria que um grau razoável de estabilidade política e macroeconómica e de previsibilidade orçamental é um pré-requisito para mobilizar os recursos institucionais, humanos e financeiros necessários para reforçar o sistema de saúde. Em muitos dos países que enfrentam problemas para acelerar o progresso rumo aos ODM, este pré-requisito não existe. No entanto, sem ímpeto político sustentado, é pouco provável que haja uma liderança eficaz, seja a nível central, onde são tomadas as decisões sectoriais alargadas, seja a nível operacional, nos distritos onde se dá a interacção com a população.

O que é necessário para motivar os líderes nacionais a agir de forma a assegurar os direitos de saúde das mães e crianças – direitos com os quais eles estão comprometidos? Existe um vasto conhecimento sobre as intervenções técnicas e contextuais necessárias para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil. Mas, pelo contrário, sabe-se pouco sobre o que pode ser feito para que os líderes políticos lhe dêem um apoio sustentado. A comunidade internacional sabe como colocar os assuntos na agenda política global – os ODM são prova disso mesmo –, mas há ainda muito que aprender sobre como ultrapassar o fosso entre a atenção global e a acção nacional e sobre como manter os assuntos em foco durante o tempo suficiente para que se possa fazer a diferença.

A vontade política requer, antes de mais, informação sobre a magnitude, a distribuição e as causas dos problemas que as mães e as crianças enfrentam, bem como sobre as suas consequências, em termos de capital humano e desenvolvimento económico, se não forem resolvidos eficazmente. A saúde materna, neonatal e infantil pode orgulhar-se de ter uma vasta rede de defensores, a nível internacional, que tem feito muito para produzir e disseminar essa informação. Também tem sido feito um progresso considerável no sentido de se desenvolver uma bateria de intervenções, de se demonstrar a sua viabilidade financeira e de se partilharem conhecimentos (10, 36). Finalmente, já muito se fez para enfatizar a necessidade de implementação das intervenções a uma larga escala, simultaneamente, ao nível das famílias e das comunidades, através dos centros de saúde e hospitais.

Este trabalho é importante e tem de continuar. Enquadrar as discussões em torno da saúde materna, neonatal e infantil, em função de um vasto conjunto de intervenções técnicas, todavia, pareceu tratar-se de uma tarefa complexa e dispendiosa. Para atrair a atenção sustentada dos dirigentes políticos, é preciso usar-se uma linguagem dife-

rente. Os programas têm de ser entendidos pelos dirigentes nacionais como formas eficazes e financeiramente acessíveis de resolver problemas bem conhecidos, mas também como uma agenda que reclama um vasto grupo de apoiantes e que oferece vantagens políticas.

O projecto comum que pode conciliar os interesses e as preocupações dos programas da SMNI, bem como os dos gestores dos sectores e dos prestadores de cuidados de saúde, é o da garantia do acesso universal de cuidados às mães e crianças, firmada no seio de uma estratégia global de acesso universal para toda a população. Apresentar a SMNI em termos de progresso no sentido da acessibilidade universal aos cuidados não é apenas uma questão de linguagem. Enquadra a saúde das mães, dos bebés recém-nascidos e das crianças num projecto político directo e mais alargado, que é cada vez mais visto como uma preocupação legítima e objecto de um amplo debate social, respondendo à exigência da sociedade de protecção da saúde de todos

Caixa 7.5 Reconstruir sistemas de saúde em situações de pós-crise

Construir os sistemas de saúde distritais necessários para a saúde materna, neonatal e infantil – sem considerar o seu equivalente em contextos mais pluralistas – pressupõe um grau razoável de estabilidade política e macroeconómica, assim como de previsibilidade orçamental. Em muitos países onde o progresso, no que se refere a indicadores, está em fase de estagnação, várias formas de instabilidade põem de parte abordagens sistemáticas a longo prazo, para alargar a cobertura dos sistemas de saúde e os esforços de coordenação através das abordagens sectoriais. As emergências complexas exigem que o enfoque inicial recaia sobre a recuperação, sobre como pôr as coisas a funcionar, e não sobre a reforma.

Mesmo em países em crise, muitos profissionais trabalham incansavelmente no terreno, muitas vezes sem receberem salários. Para alcançar o progresso, o primeiro requisito é o dinheiro para pôr as instituições a funcionar, para permitir que os seus trabalhadores possam alimentar-se e para evitar o recurso à cobrança de taxas de utilização ou ao desvio de fornecimentos. Pagar ordenados decentes aos trabalhadores no local é, assim, mais vantajoso do que trazer voluntários: nestas situações, a sustentabilidade é menos importante do que prevenir o desaparecimento do sistema básico de saúde pública.

Muitas vezes, a primeira prioridade é estabelecer focos institucionais de serviços críticos fiáveis: entrepostos de fornecimentos médicos e hospitais, ainda que, por vezes, isto entre em conflito com a necessidade de lançar programas de imunização que alcancem toda a população. Os esforços não devem ser diluídos, mas concentrados onde possa ser mantido ou

restabelecido o limiar do funcionamento básico. Tudo isto funciona melhor com um horizonte de planeamento a curto prazo, à semelhança do ciclo de 90 dias usado na Libéria ou em Darfur, no Sudão, envolvendo organizações não governamentais e agências humanitárias e implicando directamente as redes de serviços periféricas.

Na fase de recuperação pós-crise, a situação altera-se, tornando-se necessária a difícil transição do alívio para o desenvolvimento, num contexto em que as prioridades competem entre si e em que os recursos são escassos. Oferecer um mínimo de serviços de saúde nas zonas rurais exige o reforço imediato da rede de cuidados de saúde e, essencialmente, da mão-de-obra.

A recuperação de Moçambique após anos de guerra mostra que o apoio às despesas correntes, o planeamento descentralizado e o reforço da base de informação, mesmo no pico da crise, podem ser compensatórios. Estas medidas podem constituir o ponto de partida para a racionalização dos fluxos de ajuda e podem abrir caminho para o planeamento integrado e o incremento das abordagens sectoriais. O desembolso da ajuda para a reconstrução após o conflito é, muitas vezes, lento e desproporcionado em relação ao que o sector público da saúde pode mobilizar por si próprio. Os fluxos de ajuda são particularmente importantes para sustentar os cuidados de saúde primários e os serviços de saúde materna, neonatal e infantil. Os actores internacionais têm um poder desproporcionado nestas circunstâncias. Mas a transição do alívio para a ajuda ao desenvolvimento é particularmente difícil: as estruturas administrativas públicas são muito fracas, decorrendo,

por isso, algum tempo até se estabelecerem as relações que possibilitam a canalização de fundos para o sector da saúde.

O Camboja, ao recuperar da dizimação da sua mão-de-obra de saúde, como consequência das acções dos Khmers Vermelhos, introduziu acções de formação aceleradas para a capacitação, no início dos anos 80. Quando as reformas sectoriais foram introduzidas, a mão-de-obra de saúde tinha aumentado, a sua formação era insuficiente e estava mal distribuída. A actualização que levava à passagem de enfermeiros a médicos tinha feito desaparecer uma liderança competente em enfermagem. As mudanças apoiadas pelos doadores no currículo da formação resultaram no encerramento da formação básica de parteiras num ano e na introdução de um diploma de pós-graduação de parteiras, que servirá para reforçar a actual concentração de parteiras nas zonas urbanas, onde as práticas privadas permitem obter os desejados rendimentos adicionais (62, 63). Embora consciente do dilema crítico que enfrenta, o Ministério da Saúde do Camboja não tem conseguido encontrar uma resposta estratégica que compense eficazmente esta lacuna.

A responsabilidade pela rápida recuperação de padrões de serviços de saúde aceitáveis recaí sobre os ministérios da saúde, com os seus fracos recursos. Nessas circunstâncias, a expansão da rede para cobrir as áreas mais remotas é muito mais lenta e dispendiosa do que seria de esperar em situação normal. Se os custos recorrentes forem subestimados quando as decisões de investimento são tomadas, isto comprometerá a sustentabilidade do sector a longo prazo.

os seus cidadãos. Para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil, há uma clara necessidade de continuidade de cuidados, desde a gravidez até à primeira infância, passando pelo parto e pelo período neonatal.

REABILITAR A MÃO-DE-OBRA

Mais do que uma questão de números

Proporcionar o acesso universal exige uma mão-de-obra viável e eficiente. No entanto, embora a procura tenha aumentado e mais formas de oferta para prevenção e tratamento eficazes tenham sido disponibilizadas para responder ao aumento das necessidades e exigências, a dimensão, as competências e as infra-estruturas do pessoal não acompanharam este ritmo. De facto, em muitos países as crises económicas e financeiras desestabilizaram e reduziram o pessoal durante as duas últimas décadas. A conseqüente crise de recursos humanos afecta toda a gama de actividades de cuidados de saúde e, em particular, os programas de SMNI. Há muito que isto constitui motivo de preocupação para os profissionais de saúde no terreno, bem como para os funcionários dos ministérios da saúde. No entanto, o problema revelou-se tão delicado que a comunidade internacional só começou a reconhecê-lo explicitamente no final da década de 90.

Os aspectos mais visíveis são as desconcertantes faltas de recursos humanos da saúde e os desequilíbrios na sua distribuição. Com produtividade insuficiente, reduções de pessoal e limitações no recrutamento por ajustamentos estruturais, políticas de estabilização fiscal, congelamento de salários e perdas para o sector privado, migração e VIH/SIDA, preencher a lacuna dos recursos humanos continuará a ser um desafio major nos próximos anos (57-61). O aumento das exigências projectadas para a saúde materna, neonatal e infantil, descrito nos capítulos 5 e 6, por exemplo, implica a formação, nos próximos 10 anos, de pelo menos mais 334 000 parteiras (ou outros profissionais com as mesmas competências) e a actualização de mais 140 000. Cerca de 27 000 médicos e técnicos têm de adquirir competências para prestar cuidados de apoio maternos e neonatais, e os 100 000 profissionais não especializados equivalentes, a tempo inteiro (muitos mais, em cenários que contam menos com os trabalhadores de saúde comunitários), têm de fazer acompanhar os cuidados maternos e neonatais de cuidados infantis integrados.

A par das reduções de pessoal, parece que muitos países também testemunharam uma deterioração da eficácia da sua mão-de-obra. O público exige competência, conhecimentos e capacidades nos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil que os profissionais muitas vezes não possuem, pondo as vidas em perigo. A actualização pode melhorar a eficiência da mão-de-obra actual, mas os níveis actuais de competências são tão fracos e a combinação é tão desadequada que o potencial de actualização se torna limitado. A formação em serviço e a supervisão são normalmente consideradas como elementos chave para a obtenção de melhores resultados, mas há uma enorme falta de provas relativamente às abordagens custo-efectivas para melhorar as competências, sobretudo quando a formação é reduzida e as condições de trabalho não são adequadas. A situação pode não ser tão crítica para os cuidados infantis, mas em muitos sítios grande parte da mão-de-obra não atinge o limiar de competências necessário para uma prestação segura e eficaz de cuidados maternos e infantis. Obviamente, é fundamental que os novos profissionais que irão preencher as lacunas nos recursos humanos atinjam esse limiar.

O planeamento é um pré-requisito essencial para remediar as carências e para melhorar a combinação de competências com o ambiente de trabalho; assim como a construção da capacidade institucional para gerir os recursos humanos da saúde. Mas planear não

é suficiente: os problemas de hoje exigem soluções para hoje. Os países em desenvolvimento e os países em transição têm muitas vezes histórias de conturbação que puseram em causa o desenvolvimento coeso da mão-de-obra. Após anos de negligência, os problemas daí resultantes têm de ter atenção imediata, ao mesmo tempo que o planeamento e a reforma preparam o futuro (ver Caixa 7.5). Estes problemas complicados e imediatos incluem as condições de contratação e trabalho no sector público e as consequentes distorções no comportamento e na produtividade do pessoal de saúde.

Recuperar de um legado de negligência

Em muitos países, o pessoal de saúde do sector público é muitas vezes rotulado de “improdutivo”, “pouco motivado”, “ineficiente”, “antipático para os utentes” ou até “corrupto”. Salários “injustos” são dados como justificação para o “inevitável” comportamento predatório e para a migração de cérebros do sector público para o privado (64). Isto causou a erosão dos contratos sociais e psicológicos implícitos que estão subjacentes aos valores do serviço público das organizações estatais com bom funcionamento (65). A maioria dos observadores concorda que, frequentemente, os salários do sector público são de facto injustos e insuficientes para os custos de vida diários e, sobretudo, para corresponder às expectativas dos profissionais de saúde; em muitos países têm mesmo vindo a decrescer, em termos reais, nas últimas décadas. Por exemplo, em Moçambique, as enfermeiras testemunharam uma diminuição do poder de compra dos seus salários de 85–90%, em 15 anos. Num contexto deste tipo, é de esperar que haja desmotivação, falta de comprometimento generalizada e baixa produtividade.

Não deverá causar estranheza que, para compensar salários irrealisticamente baixos, os trabalhadores da saúde contem cada vez mais com estratégias para aumentar o seu vencimento, competindo, por exemplo, pelo acesso a seminários e cursos de formação com pagamentos de despesas atraentes ou recorrendo à prática dupla (64, 66, 67). Muitos conciliam o trabalho no sector público, de salário fixo, com o trabalho particular, pago por acto. Outros mantêm-se afastados do trabalho para ganharem a vida de outras maneiras, ou recorrem ao comportamento predatório, recolhendo, por exemplo, pagamentos ilegais por serviços “cobrados” ou apropriando-se de medicamentos ou outros materiais. Os problemas criados por esses comportamentos são cada vez mais evidentes, embora o assunto continue a ser tabu para muitos ministérios da saúde e instituições de desenvolvimento (68).

Quando os profissionais de saúde recorrem à prática dupla para melhorar as suas condições de vida – ou simplesmente para poderem pagar todas as contas ao fim do mês –, isso não interfere necessariamente com os seus deveres; pode até ajudar a manter elementos valiosos no serviço público. Mas o mais frequente, contudo, é que resulte, pelo menos, na competição pelo horário e numa perda de recursos para o sector público, ao mesmo tempo que faz aumentar a fuga de cérebros – os trabalhadores com melhor formação e maior competência – dos meios rurais para os urbanos e do sector público para o privado. Por sua vez, isto aumenta a atracção pelo emprego paralelo, que rapidamente se torna não só mais compensatório financeiramente como também mais prestigiante em termos profissionais.

As consequências são ainda mais sérias quando os profissionais de saúde se voltam para o comportamento predatório: a exploração financeira dos doentes cria uma barreira no acesso aos cuidados e pode ter efeitos ruinosos para os pacientes, se estes tiverem de pagar por cuidados que não são necessários nem eficazes, mas que são sempre onerosos. A longo prazo, isto afecta a legitimidade e a credibilidade do sector público e prejudica a relação fundamental de confiança entre os utilizadores e os prestadores.

Fingir que o problema não existe, ou que se trata apenas de uma questão de ética individual, não faz justiça à natureza e à dimensão do problema e também não faz com que ele desapareça. A proibição do duplo emprego também não tem grandes ou nenhuma hipóteses de obter sucesso, quando os salários são manifestamente insuficientes. Como medida isolada, a utilização de regras restritivas – quando estas não forem flagrantemente ignoradas – apenas leva a que o duplo emprego seja ocultado, tornando difícil a correcção dos seus efeitos negativos. Apesar disto, muitos governos continuam a recorrer à proibição como um dos meios disponíveis para controlar a prática dupla. Outra abordagem decepcionante é efectuar reduções no pessoal (na esperança de que dividir a massa salarial por menos trabalhadores permitirá oferecer um melhor ordenado a cada profissional). Tais iniciativas tendem a desencadear uma resistência tão forte que nem sequer chegam a ser implementadas. Quando a redução se torna uma realidade, esta é normalmente seguida de aumentos salariais substanciais, pelo que o problema se mantém, e o sistema público de saúde fica ainda menos apto a cumprir a sua missão do que antes.

Por outro lado, é de admirar que muitas pessoas se mantenham no serviço público, dado o fosso entre os níveis salariais correntes e aquilo que poderiam ganhar em empregos alternativos. Existem, obviamente, outras fontes de motivação: o sentimento de responsabilidade social, a auto-realização, a satisfação profissional, as condições de trabalho e o prestígio (69). Na verdade, a maioria dos trabalhadores condena explícita ou implicitamente o duplo emprego e o comportamento predatório, embora possam tentar explicar e justificar essas práticas de várias formas. Existe muitas vezes um desfasamento entre a auto-imagem dos trabalhadores de saúde enquanto funcionários públicos honestos, que querem fazer um bom trabalho, e a pesada realidade da vida, que os leva a trair essa imagem. O manifesto desconforto que isto provoca oferece boas perspectivas. Sugere que, mesmo em circunstâncias difíceis, os comportamentos que se afastam da deontologia do funcionalismo público tradicional não foram assumidos como norma. Esta ambiguidade indica que as intervenções para contrariar a erosão da conduta correcta seriam bem-vindas (70).

Uma aproximação feita aos poucos, utilizando uma combinação de medidas – possibilidades de progressão na carreira, perspectivas de formação, entre outras – pode fazer muito pela reabilitação do ambiente de trabalho. Um dos pré-requisitos para lidar com estas situações é confrontar os problemas abertamente. Esta é a única forma de conter e desencorajar actividades geradoras de rendimento que comportam conflitos de interesses, favorecendo soluções *ad hoc*, que têm um impacto negativo menor no funcionamento dos serviços de saúde. Para além de minimizar os conflitos de interesses, a discussão aberta pode reduzir o sentimento de injustiça entre colegas. Ela pode ajudar a construir um ambiente social que fortaleça um comportamento profissional sem o clientelismo e a arbitrariedade que prevalecem no sector público de muitos países. A influência dos pares, por exemplo, através de associações profissionais, pode ser eficaz no aumento da responsabilidade profissional, sobretudo quando isto é encarado como algo que aumenta o estatuto e a reputação (71). Torna-se então possível gerir os recursos humanos de uma forma mais transparente e previsível. Há indicações de que as novas gerações de profissionais têm expectativas mais modestas e são suficientemente realistas para perceber que o mercado para o duplo emprego é finito e, em larga medida, ocupado pelos mais velhos. Isto dá alguma margem para a introdução de sistemas de incentivos que sejam consistentes com os objectivos sociais do sistema de saúde (72).

Quando, por exemplo, a compensação financeira pelo trabalho nas zonas carenciadas é introduzida num contexto que oferece uma clara perspectiva de objectivos e o

reconhecimento necessário, isso pode ajudar a recuperar os valores perdidos do funcionalismo público. O mesmo se aplica à introdução de incentivos financeiros ligados ao desempenho. Estes podem, em princípio, ultrapassar o problema da competição pelo horário de trabalho, um dos maiores problemas do duplo emprego. Contudo, tais abordagens exigem burocracias transparentes e funcionais, pelo que se tornam, a priori, muito difíceis de implementar, a uma maior escala, nos países em que são mais necessárias.

Desestabilizar com a melhor das intenções

As estratégias individuais do pessoal de saúde para lidar com as suas dificuldades financeiras – o duplo emprego, o comportamento predatório ou outras estratégias – são agravadas pelas intervenções dos doadores nos mercados de trabalho dos países em desenvolvimento. Frequentemente, essas intervenções fracturaram a mão-de-obra existente através da promoção de reformas estruturais ou do estabelecimento de programas que passam ao lado das relações empregador-empregado existentes. O resultado é uma mão-de-obra que não está disponível para assumir as suas tarefas básicas e que não tem a solidariedade, a elasticidade e os recursos para aceitar novos desafios (61).

As instituições internacionais de desenvolvimento têm-se tornado mais sensíveis ao problema nos últimos anos. Estão também a alterar as suas práticas de recrutamento de forma a ajudar a minimizar a fuga de cérebros, captando o pessoal mais competente e produtivo dos ministérios da saúde. Muitas organizações de desenvolvimento implementam, pelo menos teoricamente, políticas de recrutamento que desviam os funcionários estatais dos seus deveres básicos apenas para tarefas a curto prazo, permitindo-lhes regressar antes de o serviço da função pública sofrer consequências negativas (73). Os doadores são também parceiros essenciais na procura de soluções: o diálogo relativo às políticas entre os doadores e o Governo é particularmente importante para apoiar a boa governação e a construção de capacidades. Além de oferecer a oportunidade para documentar e analisar as melhores práticas, esse diálogo pode fazer com que tanto os reformadores como os defensores da SMNI se consciencializem das consequências para o desenvolvimento programático das circunstâncias específicas em que os profissionais de saúde trabalham.

A situação de crise profunda que caracteriza a mão-de-obra em muitos países exige planeamento a longo prazo e uma reforma estrutural, bem como uma gestão a curto prazo. Os países precisam de encontrar soluções para os desafios dos recursos humanos, que sejam adequados às suas próprias circunstâncias, à sua cultura política e à sua capacidade económica. No entanto, construir um conhecimento global baseado nas melhores práticas pode ajudar os doadores e os governos a obter informação para as suas análises, para a resolução dos problemas e para a avaliação das possíveis consequências – desejadas e não desejadas – das iniciativas para combater os problemas de saúde e para desenvolver os sistemas de saúde. Isto pode ajudá-los a enfrentar os problemas causados pelo duplo emprego e pela fragmentação do sistema de saúde, antes que estes se tornem parte da cultura organizacional do sector público (74).

Resolver o problema dos salários

Se nada for feito, é muito provável que a falta de investimento na mão-de-obra venha a aumentar, em vez de diminuir (75), pondo assim em risco a esperança de melhorar a saúde materna, neonatal e infantil. Não é possível contornar o facto de os salários baixos e as más condições de trabalho continuarem a ser um desincentivo para a mão-de-obra do sector público. Terão de ser concebidas formas sustentáveis de oferecer

remuneração competitiva e pacotes de incentivos que consigam atrair, motivar e reter os funcionários competentes e eficazes.

O desafio é considerável. Tendo em conta os actuais índices de remuneração, o aumento da massa salarial necessário para a ampliação da cobertura, projectada nos capítulos 5 e 6, irá atingir um total de US\$ 35 biliões de dólares na próxima década. Sobretudo nos países que estão a perder recursos humanos na saúde, o desfasamento entre estes salários e as expectativas, assim como entre estes salários e aquilo que os trabalhadores podem receber no sector privado, no emprego alternativo ou emigrando para países mais ricos, é muitas vezes gritante. Os médicos e os gestores de saúde nos países de rendimento médio podem facilmente ganhar três vezes mais, montando um pequeno consultório privado; nos países de baixo rendimento poderão ganhar seis ou sete vezes mais se o fizerem (69). Na Tailândia, um sistema complexo de incentivos não eliminou as diferenças entre os salários públicos para os médicos e o rendimento proveniente da prática independente, mas foi suficiente para reter os médicos dos meios rurais. No entanto, foi necessário multiplicar o salário base quatro ou cinco vezes, enquanto os salários dos enfermeiros aumentaram 70% (76, 77). No Brasil, o aumento dos salários em duas a três vezes mais surtiu algum efeito na retenção do pessoal, mas foi ainda assim considerado insuficiente (78). No Camboja, os salários acrescidos das ajudas de custo têm de ser multiplicados oito a dez vezes para compensar o custo de vida (79). Na Geórgia tem sido sugerido que os salários e as ajudas de custo deverão ser multiplicados por cinco, nos próximos anos. Não existe uma regra geral que estabeleça quanto os salários do pessoal de saúde devem aumentar nos países pobres, para que sejam justos e competitivos: isto varia muito de país para país. Mas pode dizer-se que em muitos países, onde o progresso no sentido dos ODM tem sido decepcionante, é urgente proceder a aumentos muito substanciais.

Isto significa que, dos custos adicionais previstos para o alargamento da SMNI (US\$ 91 biliões de dólares), a parte destinada aos salários e outros benefícios para os trabalhadores, i.e., US\$ 35 biliões, está muito abaixo do que é necessário para recrutar, reter e transferir pessoal nos 75 países para os quais foram concebidos cenários de ampliação. Mesmo uma tentativa para diminuir o fosso remuneratório que passasse por duplicar ou triplicar a massa salarial total poderia ser insuficiente para atrair, reter e transferir pessoal de qualidade. Contudo, isto corresponderia a um aumento de 2 %, que subiria, ao longo de 10 anos, para 17 %, da despesa pública actual da saúde, só para pagar ao pessoal da SMNI a um nível mais justo. Isto representa, obviamente, um desafio de tais dimensões que os países pobres não podem vencê-lo sozinhos.

O empenhamento cooperativo proporcionado pela AS tem potencialidades para caminhar em direcção à consistência entre os salários e as condições oferecidas pelos ministérios da saúde, pelos doadores e pelas organizações não governamentais, mas essa é apenas uma solução parcial. Um aumento salarial por si só não restabeleceria automaticamente a perspectiva de objectivos que é necessária para que os serviços públicos funcionem (75). Os profissionais de saúde têm de acreditar que os melhoramentos não consistem numa solução a curto prazo, para colmatar uma lacuna específica. É necessário que haja uma garantia clara, previsível e sustentável de que o trabalho no sector da saúde será compensatório – em termos de condições de vida, mas também social e profissionalmente. Isto exigirá o refinanciamento de todo o sector da saúde, de uma forma que garanta a estabilidade a longo prazo.

APOIO FINANCEIRO PARA GARANTIR A ACESSIBILIDADE UNIVERSAL

O financiamento é a assunção fatal que está subjacente ao planeamento dos cuidados de SMNI e a uma solução para a crise de recursos humanos, facto que os doadores e os governos têm muitas vezes relutância em reconhecer (80-82). Garantir o acesso universal aos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, contudo, não é apenas uma questão de aumentar o fornecimento de serviços e de remunerar os prestadores de cuidados de saúde. Para que os serviços sejam utilizados, os entraves financeiros ao acesso têm de ser reduzidos ou eliminados, e os utilizadores têm de ter apoio financeiro previamente calculado contra os custos dos cuidados: a acessibilidade universal implica o apoio financeiro preestabelecido (83). Só assim os serviços de saúde podem ser disponibilizados universalmente, com base nas necessidades e não na capacidade de as pessoas pagarem, e as famílias podem ser protegidas das dificuldades financeiras ou do empobrecimento.

Existem, fundamentalmente, duas grandes opções para organizar isto: através de um sistema generalizado de impostos ou através de um sistema de seguro social de saúde. Ambos oferecem protecção contra o risco financeiro e promovem a equidade, através do pagamento antecipado dos custos inerentes aos cuidados de saúde e através de fundos de solidariedade de riscos de saúde. A grande diferença entre os dois sistemas reside na forma como as verbas são recolhidas. Nos sistemas baseados em impostos, a principal fonte de financiamento são as receitas gerais dos impostos, sendo os fundos dos impostos atribuídos pelo governo para a aquisição ou prestação dos serviços de saúde. No caso dos seguros sociais de saúde, o pagamento antecipado para a saúde vem directamente dos trabalhadores dependentes, dos trabalhadores liberais, das empresas e dos governos, numa base obrigatória. Ambos podem ser designados sistemas de seguros sociais porque permitem juntar fundos através das contribuições de um grande número de pessoas. A diferença é esta: nos sistemas baseados na recolha de impostos o seguro é implícito, enquanto o seguro social de saúde é explícito. Também existem sistemas mistos: a organização do apoio financeiro para uma parte da população é coberta pelo sistema baseado na recolha de impostos, enquanto os outros grupos são cobertos pelos diversos tipos de seguros de saúde ou outras formas de protecção social.

Seja qual for a organização do sistema de financiamento da saúde adoptado, duas coisas são importantes: primeiro, nenhum grupo da população, no final, deve ser excluído; segundo, os serviços de saúde materna, neonatal e infantil devem fazer parte do conjunto de serviços aos quais os cidadãos têm direito e ser financiados de uma forma coerente através do sistema escolhido. Se estas condições forem satisfeitas, torna-se secundária a questão de os serviços serem prestados por funcionários do sector público ou adquiridos a prestadores não governamentais no sector sem fins lucrativos, ou por outros prestadores de cuidados privados. A realidade é que na maior parte dos países os sistemas de prestação de cuidados de saúde são pluralistas. A escolha daquilo que será, em determinado momento, um equilíbrio perfeito depende das suas circunstâncias específicas, experiência e história. Desde que a organização do sistema de financiamento da saúde garanta os direitos de saúde a toda a população de forma equitativa, a organização da prestação de cuidados de saúde em sistemas pluralistas não será uma questão de princípio, mas de monitorização cuidadosa dos efeitos positivos e negativos, de negociação e de regulação.

Com o tempo, a maioria dos países tende a ampliar os esquemas de pagamento antecipado e a junção de fundos de solidariedade e a caminhar rumo ao apoio financeiro universal, em paralelo com a expansão das suas redes de prestação de cuidados de saúde. Pode levar muitos anos, no entanto, até que se passe de uma situação de um número limitado de serviços, de elevados pagamentos a pronto e exclusão dos pobres, para outra de acesso universal e apoio financeiro. Os países que se encontram em vários estádios de desenvolvimento económico e em contextos sociais e políticos diferentes têm problemas distintos, podendo recorrer a outros esquemas para manter a prestação e a acessibilidade dos serviços. Poderão criar taxas de utilização ou implementar uma variedade de esquemas de pagamento antecipado e de fundos de solidariedade para grupos seleccionados da população.

Substituir as taxas de utilização por pagamento antecipado, fundos de solidariedade e refinanciamento do sistema

Nos países de menores rendimentos, onde um grande número de pessoas é excluído do acesso aos cuidados, muitas vezes não existe apoio financeiro. A quantidade limitada de serviços “gratuitos” baseia-se normalmente na recolha de impostos e é insuficientemente financiada. As estimativas actuais revelam que as despesas a pronto-pagamento nestes países correspondem a duas ou três vezes o total da despesa pelos governos e doadores, sendo uma parte substancial destas despesas a pronto-pagamento absorvida pelos prestadores privados ou pelo pagamento de taxas informais. Estas últimas tornaram-se num obstáculo tal que impedem as pessoas mais pobres de aceder aos escassos serviços públicos, sendo a sua relutância em procurar cuidados ainda agravada pela imprevisibilidade dos custos.

As despesas a pronto-pagamento que são canalizadas para o orçamento dos serviços públicos raramente conduzem a um aumento substancial do financiamento. Nalguns casos, a introdução de taxas de utilização foi acompanhada por uma melhoria da qualidade dos serviços, pela eliminação das taxas informais e por uma estrutura de taxas transparente; o retorno permitiu assim a revitalização de serviços moribundos. Mas, mesmo nestes casos, os inconvenientes pesam mais do que as vantagens: na maioria dos países, por exemplo no Quênia, na Papua Nova-Guiné, na República Unida da Tanzânia e outros, a introdução de taxas de utilização resultou no agravamento da exclusão, havendo, designadamente, um decréscimo na utilização dos serviços de saúde materna, neonatal e infantil pelos grupos mais pobres da população.

Os esforços para mitigar a exclusão causada pela introdução de taxas de utilização foram decepcionantes. Os esquemas de isenção para as pessoas mais pobres raramente resultam, em parte por causa dos dilemas que o pessoal enfrenta quando se apercebe de que as isenções que eles próprios aprovam reduzem directamente o rendimento do sistema de saúde ou o seu próprio rendimento. Os principais beneficiários dos esquemas de isenção têm frequentemente condições para pagar – incluindo os membros do pessoal das unidades de saúde e os seus familiares (84). Para reduzir os conflitos de interesses, países como o Camboja estão a experimentar os fundos co-financiados por doadores-chave, geridos por organizações não governamentais locais, distintas dos serviços de saúde, que tomam as decisões sobre as isenções (85). Contudo, com utentes elegíveis que chegam a representar 30% dos atendimentos, esta solução levanta sérios problemas de sustentabilidade. Uma alternativa aos esquemas de isenção é o recurso aos empréstimos. Na Serra Leoa foram instituídos esquemas-piloto de empréstimos para facilitar os pagamentos associados ao parto (86). Os empréstimos permitem a devolução do montante dos custos num prazo mais

longo, por meio de pagamentos progressivos e isentos de juros. Inicialmente foram atingidos alguns sucessos, mas a implementação depende de uma forte liderança e mobilização ao nível da comunidade, e o seu aumento a uma escala significativa não foi reportado.

De uma maneira geral, a introdução de taxas de utilização não é uma solução viável para a falta de financiamento do sector da saúde: institucionaliza a exclusão e não acelera o progresso em direcção à acessibilidade universal e à cobertura financeira. No entanto, abolir as taxas de utilização já existentes não constitui uma panaceia: a abolição deve ser acompanhada, desde o primeiro dia, de mudanças estruturais e de um refinanciamento dos serviços de saúde. O Governo da África do Sul, por exemplo, eliminou o uso das taxas de utilização nos cuidados de saúde materna e infantil, no âmbito de uma abordagem direccionada para reduzir as desigualdades na saúde. Isto conduziu a um incremento do uso dos serviços de saúde pré-natal e infantil, mas também a uma resistência por parte dos prestadores de cuidados de saúde, cujo volume de trabalho aumentou sem que houvesse uma compensação nos benefícios ou no apoio. Os profissionais de saúde expressaram a sua preocupação relativamente ao excesso de serviço, à venda de medicamentos gratuitos e à imigração vinda dos estados próximos. Sem outras reformas estruturais necessárias – aumento da disponibilidade dos serviços 24 horas por dia, melhores recursos e meios de referênciação, melhores capacidades técnicas e uma mudança de atitude para com os doentes –, os ganhos resultantes da remoção de barreiras financeiras, por si só, poderão não ser adequados (87). Sem um novo financiamento dos serviços de saúde e a introdução de esquemas de apoio financeiro, a abolição dos sistemas existentes de taxas de utilização só piora uma situação que já de si é má.

Tirar partido dos mecanismos transitórios de apoio financeiro

À medida que alargam as suas redes de cuidados de saúde, os países muitas vezes também suplementam a cobertura limitada dos seguros de saúde públicos ou quase públicos (seguro social de saúde baseado nos impostos ou sistemas mistos) através de uma vasta gama de esquemas de seguros voluntários de saúde: comunitários, cooperativos, de emprego ou privados. Estes conferem normalmente uma protecção limitada das despesas ruinosas, concorrem para a equidade na distribuição dos gastos e facilitam a prestação de cuidados de qualidade financeiramente acessível à população inscrita. Surgem normalmente em países que já não estão no estágio de privação massiva – o seu fornecimento de cuidados de saúde é melhor –, mas apresentam o padrão tradicional de filas de espera e exclusão, caracterizado por grandes desigualdades, como se encontra descrito no Capítulo 2.

A introdução de esquemas de seguros sociais para as pessoas pobres no Vietname, por exemplo, assegurou o acesso aos serviços de saúde materna e neonatal. Mas as quase pobres, que não estão cobertas por estes esquemas de seguros sociais, continuam a não ter capacidade para lidar com os custos de saúde ruinosos; para além disso, tem havido um evidente declínio na qualidade dos serviços de saúde periféricos, e há relatos de doentes que, tendo procurado cuidados cobertos por seguros, foram discriminados em termos de tempo de espera (88). Uma outra iniciativa é o Programa Nacional de Seguro de Saúde Materna e Infantil na Bolívia, que cobre os cuidados pré-natais, o trabalho de parto e o parto (incluindo cesarianas e cuidados de emergência), os cuidados pós-natais e neonatais (89). Sendo financiadas por fundos de solidariedade, bem como por rendimentos de impostos centrais e fundos municipais, as unidades são reembolsadas anualmente pelos serviços prestados. As fatias mais

pobres da população aumentaram para o dobro a sua utilização de cuidados especializados para o parto, concretamente, de 11% para 20%. Os principais beneficiários do esquema de seguro, contudo, pelo menos numa fase inicial, foram as pessoas pertencentes às fatias mais ricas.

Este tipo de esquema oferece protecção apenas a uma parte limitada da população ou apenas relativamente a um pacote limitado de serviços. No entanto, introduzir o

Caixa 7.6 O envolvimento da sociedade civil exige apoio

Em Maio de 2004, a 57.ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou a primeira estratégia da OMS para acelerar o progresso da saúde reprodutiva (94). Esta recomenda acção em áreas chave, incluindo: a mobilização da vontade política como pré-requisito para o sucesso na consolidação da capacidade do sistema de saúde; o estabelecimento de prioridades adequadas; a criação de quadros de apoio legislativo e regulamentar; o reforço da monitorização, avaliação e responsabilização.

A experiência no Bangladesh, em meados da década de 90, revela que o tempo e o dinheiro investidos na mobilização de apoiantes são bem gastos; não investir a esses dois níveis pode ter graves consequências.

O Bangladesh criou a sua primeira Estratégia para o Sector da Saúde e da População (ESSP), em 1996 (95), e um Programa a cinco anos para o Sector da Saúde e da População (PSSP), em 1998 (96). O país estabeleceu “a melhoria da saúde das mulheres, das crianças e dos pobres” como o principal objectivo e destinou cerca de 60% do orçamento nacional para a saúde, prevendo um pacote de serviços essenciais, a oferecer pelo sistema de cuidados de saúde primários. No centro das preocupações estavam os cuidados de saúde reprodutiva: a maternidade segura, incluindo a expansão dos cuidados obstétricos de emergência; o planeamento familiar; a prevenção e o controlo das infecções do tracto reprodutivo e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA; o combate à malnutrição materna; a regulação da menstruação e a gestão das complicações do aborto inseguro; a prestação de cuidados às adolescentes; respostas para a infertilidade e cuidados neonatais.

O PSSP introduziu grandes alterações estruturais: a unificação dos quadros do planeamento da saúde e da família sob uma gestão única para a prestação de serviços essenciais integrados; o planeamento, a gestão e o financiamento sectorial; o envolvimento da comunidade e dos participantes na formulação, implementação e monitorização de políticas e programas; a descentralização dos serviços de saúde e a autonomia da gestão hospitalar; as

parcerias com organizações não governamentais e questões de género dominantes.

O Governo e os doadores internacionais concordaram que a sociedade civil teria que ser envolvida na fase da concepção, para se construir o consenso necessário à mudança estrutural. Assim, foram mobilizados tempo, fundos e pessoal para o trabalho com a sociedade civil durante cerca de dois anos. O grupo de trabalho para o envolvimento da comunidade e dos participantes organizou discussões a nível nacional com 34 grupos intervenientes, incluindo utilizadores e prestadores de serviços, mulheres, adolescentes e populações indígenas, organizações profissionais e não governamentais e os media (97).

A voz forte da sociedade civil na formulação de programas ajudou a assegurar o apoio por parte dos principais líderes políticos sob um novo governo: o Bangladesh alterou as prioridades e os investimentos em termos de políticas de saúde, passando da atenção circunscrita ao planeamento familiar para serviços alargados de saúde sexual e reprodutiva. A programação sectorial e a unificação dos níveis inferiores da saúde e dos quadros do planeamento familiar registaram progressos notáveis, o mesmo acontecendo com várias iniciativas programáticas. Os indicadores de resultados melhoraram: o rácio de mortalidade materna (de 4.1 para 3.2 por 1000 nados-vivos); a taxa de fertilidade (de 3.3 para 2.9 por mulher, no grupo 15-49 anos); a malnutrição grave (de 20.6% para 12.9%); a taxa de mortalidade de menores de cinco anos (de 96 para 83 por 1000 nados-vivos); a cobertura dos cuidados pré-natais (de 26.4% para 47.5%); as necessidades satisfeitas em termos de cuidados obstétricos essenciais (de 5.1% para 26.5%) (98).

Para planear e guiar a consulta continuada durante a implementação do plano, o Governo nomeou uma comissão nacional, que criou 25 comités, baseados na comunidade de participantes principais em diferentes regiões do país, enquanto “grupos de vigilância da saúde”. Contudo, ao contrário do que sucedeu durante a fase de concepção, o processo consultivo não foi estabelecido como prioritário, nem finan-

ciado ou reconhecido oficialmente. As duas primeiras avaliações anuais dos programas não contemplaram o diálogo, previamente acordado, com os participantes.

Isto conduziu à vulnerabilidade do programa quando um novo Governo subiu ao poder. Os opositores da reforma, em particular o *lobby* do planeamento familiar, persuadiram o novo Governo a opor-se ao principal ingrediente: prestação integrada de serviços para a saúde sexual e reprodutiva, através da unificação dos quadros da saúde e do planeamento familiar. Como consequência, a implementação foi protelada e, em 2003, o Governo revogou a decisão de unificação (99). Os doadores manifestaram o seu desagrado, suspendendo temporariamente a ajuda, mas com poucos resultados. Excluídas da consulta sistemática desde 1999, as alianças da sociedade civil tinham praticamente desaparecido. É agora necessário construir de novo um grupo de apoiantes, quase do zero.

Várias lições podem ser retiradas da experiência do Bangladesh (50). Primeiro, alterar a agenda exige uma base popular. No Bangladesh, as organizações não governamentais e as organizações de mulheres constituíam a base principal do apoio e forjaram alianças mais alargadas para maior peso político. Segundo, a construção de um grupo de apoiantes e de alianças exige o financiamento sustentado, não só para garantir a defesa mas também para consolidar as capacidades. Terceiro, para a credibilidade e o poder duradouro, a mobilização deve ser delegada de forma a ser conduzida por organizações da sociedade civil. Quarto, os principais controladores – os governos e os doadores – devem garantir às organizações relevantes da sociedade civil o acesso aos processos de tomada de decisão, e também envolvê-las na construção de políticas, na implementação de programas e na monitorização. Só assim será possível sustentar a vontade política durante o tempo suficiente para sobreviver às mudanças de governos e aos interesses dos doadores e dar uma contribuição significativa no caminho para a acessibilidade universal.

Fonte: (50).

pagamento antecipado e os fundos de solidariedade num contexto em que há uma oferta crescente de serviços pode ajudar a acelerar a transição para a acessibilidade universal com apoio financeiro.

Generalizar o apoio financeiro

Em países onde a rede de cuidados de saúde está bem desenvolvida, e em que a exclusão do acesso aos cuidados está limitada a um grupo relativamente pequeno, persiste a necessidade de tornar o apoio financeiro extensivo também aos não excluídos. Mesmo as famílias que podem aceder aos serviços poderão ver-se obrigadas a fazer reduções noutras despesas básicas, por exemplo na educação, ou podem ser levadas a fazer despesas ruinosas.

Os pagamentos excessivos de cuidados de saúde – que empurram cerca de 100 milhões de pessoas para a pobreza todos os anos – ocorrem sempre que os serviços de saúde exigem pagamentos a pronto, quando não há mecanismos para fundos de solidariedade de risco e as famílias têm uma capacidade limitada para pagar (90). Vários países de rendimento médio e países em transição, com uma oferta de serviços bem desenvolvida, preenchem estas condições. No Brasil e na Colômbia, por exemplo, 10% e 6% das famílias, respectivamente, enfrentam pagamentos ruinosos (91). À medida que a oferta de serviços de saúde é alargada, a frequência de despesas excessivas aumenta, a menos que os mecanismos de protecção social sejam desenvolvidos em simultâneo. As complicações do parto, os traumatismos e os acidentes ou as doenças crónicas, particularmente nas crianças, conduzem facilmente a pagamentos ruinosos. Apesar de serem os mais pobres aqueles que mais precisam de cuidados e aqueles que mais frequentemente são excluídos, todos os grupos, independentemente da sua riqueza, podem ser afectados pelas consequências financeiras da doença, se os co-pagamentos forem altos ou se a cobertura do apoio financeiro for limitado. O apoio financeiro não deve, por isso, estar limitado aos mais pobres. O acesso universal exige mecanismos de protecção financeira que sejam concebidos para proteger as famílias dos pagamentos ruinosos.

CANALIZAR OS FUNDOS DE FORMA EFICAZ

A chave para caminhar no sentido da acessibilidade universal e do apoio financeiro é a organização do financiamento. As despesas actuais dos governos e os fluxos internacionais não podem garantir o acesso universal e o apoio financeiro, porque são insuficientes ou porque são demasiado imprevisíveis. Ao mesmo tempo, os padrões históricos da gestão financeira – ajustes para incrementar os orçamentos recorrentes para os programas, acrescidos de projectos financiados pelos doadores – têm, muitas vezes, sido lentos na adaptação das iniciativas com vista ao aumento do acesso universal aos cuidados de saúde (92). O fluxo dos fundos não só tem de aumentar, como tem de ser canalizado de forma diferente.

Alguns países, como a Tailândia, fizeram um progresso inesperado na expansão da cobertura financeira, misturando vários esquemas parciais e estendendo os direitos a toda a população. Isto requer um espaço fiscal para aumentar suficientemente o financiamento público, de forma a garantir uma oferta adequada de cuidados, com um pacote de benefícios que cubra uma vasta gama de serviços, incluindo os necessários para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil. O desafio consiste em captar as diferentes fontes de financiamento para aumentar tanto a acessibilidade como o apoio financeiro, de forma estável e previsível.

Na maioria dos países, a sustentabilidade financeira só poderá ser alcançada a curto e médio prazos se forem consideradas todas as fontes de financiamento: externas e internas, públicas e privadas.

Canalizar recursos através de programas ou projectos discretos tem revelado algumas limitações, sem dúvida porque não se têm em conta as questões estruturais que atravessam toda a mão-de-obra. A junção de fundos de solidariedade nos mecanismos de apoio financeiro, que são desenvolvidos em paralelo com o aumento do acesso, torna a situação mais previsível e permite que seja dada a devida consideração ao problema do financiamento da mão-de-obra. Deixa espaço para abordagens mais flexíveis, como o recurso ao recrutamento directo de pessoal ou à aquisição de serviços fora do sector público, de acordo com as circunstâncias específicas do país. Os fundos de solidariedade podem melhorar a capacidade de absorção dos países e a gestão do impacto dos fluxos de financiamento na inflação, nas taxas de câmbio e no crescimento económico. Mas não são uma panaceia. Em muitos países, a capacidade institucional para criar, expandir e gerir esquemas coerentes para caminhar em direcção à acessibilidade universal e ao apoio financeiro ainda precisa de ser construída.

Se os governos quiserem estar à altura das suas responsabilidades, enquanto principais directores dos sistemas de saúde dos seus países, e completar a cobertura universal, a combinação de esquemas de apoio financeiro é uma tarefa que a certa altura se irá tornar incontornável. Poucos países consideram ser fácil conjugar canais fragmentados de protecção financeira quando estes já estão bem desenvolvidos: os direitos adquiridos muitas vezes prevalecem sobre as considerações administrativas. Para minimizar as dificuldades, é importante criar a capacidade institucional para gerir esquemas de apoio financeiro, numa fase inicial, com os governos firmemente na dianteira, mas também com sistemas internos de verificações e balanços.

Enquadrar os serviços de saúde materna, neonatal e infantil em termos de acessibilidade universal e apoio financeiro poderá chamar a si um vasto grupo de apoiantes e prometer a visibilidade política exigida pela mobilização dos dirigentes. O inconveniente é que a posição central da saúde materna, neonatal e infantil não fica automaticamente garantida. A criação de fundos de solidariedade, através de esquemas de seguros que apoiem o movimento rumo à acessibilidade universal e ao apoio financeiro, tem de ser acompanhada por uma clara explicitação dos direitos da população aos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. A comunidade internacional pode contribuir para isso, mas, em última instância, a pressão terá de vir das sociedades civis dos países. Isto depende do empresarialismo político e da capacidade institucional; exige também que haja lugar, na mesa das negociações, para as organizações da sociedade civil. À medida que a comunidade de doadores se desloca do financiamento de projectos para as estratégias de redução da pobreza, para o apoio orçamental geral e para a reforma do sector, estas organizações da sociedade civil correm o risco de ficar de fora. As organizações da sociedade civil podem e devem, no entanto, fazer mais do que prestar serviços (93): elas são essenciais para manter um compromisso político sustentado no sentido de melhorar a saúde materna, neonatal e infantil.

É importante que os participantes da sociedade civil estejam representados nos mecanismos de orientação do apoio financeiro e, particularmente, nos processos de definição de prioridades. Isto assegura que os aspectos menos conhecidos e politicamente mais sensíveis da saúde materna, neonatal e infantil não sejam esquecidos (questões como o aborto inseguro, a gravidez de adolescentes, o abuso e a violência sexual, os maus-tratos e a negligência de crianças, etc.). É também uma forma de melhorar as hipóteses de

as políticas do sector da saúde ficarem ligadas a estratégias que combatam as causas sociais da desigualdade entre os sexos, da pobreza e da exclusão.

Para além disto, é importante que os participantes da sociedade civil contribuam para um sistema de verificações e balanços do funcionamento dos serviços de saúde – tanto públicos como privados. Eles têm um papel fundamental a desempenhar, ajudando as mães e as crianças a fruir dos seus direitos e protegendo os consumidores da exploração financeira e da sobremedicação. Esta função de “cão de guarda” exige o envolvimento não apenas no planeamento, mas também na avaliação e na monitorização de projectos, programas e serviços.

Em muitos países, as organizações da sociedade civil têm pouca capacidade institucional para apoiar a definição de prioridades e a monitorização, bem como para ajudar as mães e crianças a reclamarem os seus direitos. Assim, é necessário que, nestes casos, haja um investimento nas organizações nacionais da sociedade civil, em parte através da reserva, para esse efeito, de fundos doados (ver Caixa 7.6). Alguns países fizeram isto através de fundos sociais e mecanismos semelhantes, outros institucionalizaram a colaboração e estabeleceram contratos com organizações sem fins lucrativos no âmbito da oferta de serviços, alargando essa colaboração, naturalmente, para o diálogo político. Na maioria dos países, contudo, há muito a fazer, e é urgente que haja uma melhor documentação sobre aquilo que resulta e aquilo que não resulta.

A acessibilidade universal para as mães e crianças impõe que os sistemas de saúde sejam capazes de dar resposta às necessidades e exigências da população e que ofereçam protecção contra as dificuldades financeiras resultantes da doença. Para que isto seja possível, os investimentos nos sistemas de saúde e nos recursos humanos da saúde têm de aumentar. A saúde materna, neonatal e infantil deve constituir o cerne dos direitos protegidos e financiados através dos sistemas de cobertura universal. Em muitos países, isto exigirá um misto de financiamento externo e interno e não poderá ser viabilizado sem um enorme aumento do apoio global e da solidariedade. Mas construirá uma base para pôr termo à exclusão generalizada de muitas mães e crianças, por todo o mundo, do acesso a um continuum de cuidados que se inicia na gravidez, passa pelo parto, pelo período neonatal e se prolonga pela infância. As pessoas querem e a sociedade precisa que as mães e as crianças sejam saudáveis. É por isso que cada mãe e cada criança conta tanto na nossa ambição por um futuro melhor.

Referências

1. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89:480–482.
2. Berer M, Sundari Ravindran TK. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Sundari Ravindran TK eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 3–9).
3. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:371–385).
4. AbouZahr C. Cautious champions: international agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:387–414).
5. Picazzo O. Child health financing and cost-effectiveness: supplement to the report on the Analytic Review of IMCI (não publicado).

6. *The analytic review of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Final report, November 2003.* Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/ISBN_92_4_159173_0.pdf, acessado a 4 de Fevereiro de 2005).
7. McKinsey & Company. *Developing successful global health alliances.* Seattle, Bill & Melinda Gates Foundation, 2002 (<http://www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/GlobalHealthAlliances.pdf>, acessado a 4 de Fevereiro de 2005).
8. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M; WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:726–736.
9. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
10. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003, 362:323–327.
11. Haines A, Kuruwilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:724–732.
12. Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul V et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet*, 2004, 364:1121.
13. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*, 2001, 322:917–920.
14. OECD/DAC Working Party on Aid Evaluation. *Review of the DAC principles for the evaluation of development assistance, conclusions and recommendations.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998.
15. Laterveer L, Niessen LW, Yazbeck AS. Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:138–145.
16. Walford V. Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): an introduction and early experience. Londres, DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
17. Craig D, Porter D. Poverty Reduction Strategy Papers: a new convergence. *World Development*, 2003, 31:53–69.
18. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
19. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: what is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
20. Cassels A and Janovsky K. Sectoral investment in health: prescription or principles? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1073–1076.
21. Graham W, Hussein J. The right to count. *Lancet*, 2004, 363:989.
22. Harrold P and Associates. *The broad sector approach to investment lending.* World Bank, Nova Iorque, NY, 1995 (World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 302).
23. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements.* Geneva, World Health Organization, 1997.
24. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 1995, 7: 329–347.
25. Foster M, Brown A, Conway T. *Sector-wide approaches for health development: a review of experience.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.1).
26. Hill PS. The rhetoric of sector-wide approaches to health development. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1725–1737.
27. Buse K, Gwin C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *Lancet*, 1998, 351:665–669.
28. Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
29. Abrantes AV. Strategic options for World Bank support to Africa in health, nutrition and population. Artigo apresentado em: Fórum Barcelona, Barcelona, 8 de Junho de 2004 (http://www.barcelona2004.org/eng/eventos/dialogos/docs/ponencias/154p_aabranteng.pdf, acessado a 2 de Outubro de 2004).
30. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector wide approaches.* Overseas Development Institute, Londres, 2001 (Working Paper 142).
31. Standing H. An overview of changing agendas in health sector reforms. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–28.

32. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 1985, 2:83–85.
33. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Geneva, World Health Organization, 1999.
34. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:399–406.
35. De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17).
36. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362:65–71.
37. Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:151–162.
38. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:339–353.
39. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:6–15.
40. Huque ZA, Leppard M, Mavalankar D, Akhter HH, Chowdhury TA. Safe motherhood programmes in Bangladesh. In: Berer M, Ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 53–61).
41. Cook RJ, and Bevilacqua MBG. Invoking human rights to reduce maternal deaths. *Lancet*, 2004, 363:73.
42. Jeppsson A. SWAp dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2053–2060.
43. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health. What is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
44. Walt G, Pavignani E, Gilson L, Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps? *Health Policy and Planning*, 1999, 14:273–284.
45. Penrose P. *Sector development programmes: definitions and issues*. Oxford, Oxford Policy Management, 1997.
46. Pathmanathan I, Lijestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series).
47. Miller S, Sloan NL, Winikoff B, Langer A, Fikree FF. Where is the 'E' in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, 48:10–18.
48. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:415–448).
49. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:13–25.
50. Jahan R, Germain A. Mobilising support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744
51. *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*. Washington, DC, World Bank, 2004.
52. *Reducing maternal deaths – evidence and action. A strategy for DFID*. Londres, United Kingdom Department for International Development, 2004 (Draft de 26 de Maio de 2004).
53. *Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2003.
54. *Skilled care during childbirth policy brief: saving women's lives, improving newborn health*. Nova Iorque, NY, Safe Motherhood Inter-Agency Group, 2002.
55. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
56. Hardee K, Agarwal K, Luke N, Wilson E, Pendzich M, Farrell M. *Post-Cairo reproductive health policies and programs: a comparative study of eight countries*. Washington, DC, The POLICY Project, 1998.

57. Lowell G, Findlay A. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Genebra, International Labour Office, 2001.
58. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau of Africa, Office of Sustainable Development, 2003.
59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, United States Agency for International Development, Bureau of Africa, Office of Sustainable Development, 2001.
61. The Joint Learning initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis* (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, acessado a 7 de Fevereiro de 2005).
62. *First biennial review of the health workforce development plan 1996-2005*. Phnom Penh, Ministry of Health, 1999.
63. Van Lerberghe W. *Safer motherhood component of the health sector support programme, Cambodia*. Londres, DFID Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.
64. Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Antuérpia, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16).
65. Webber T. Strategies for surviving and thriving in organizations. *Career Development International*, 1997, 2:90–92.
66. Tracy J, Antonenko M. In Russian health care, you get what you pay for, even when it is free. In: Hodess R, Banfield J, Wolfe T, eds. *Global corruption report 2001*. Berlim, Transparency International, 2001:115.
67. Alcázar L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, eds. *Diagnosis corruption. Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2001:123–162.
68. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:581–584.
69. Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:1–3;17–24.
70. Ferrinho P, Omar, MC, de Jesus Fernandes M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
71. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:107–120.
72. Adams O, Hicks V. *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Paper prepared for: Global Health Workforce Strategy Group, World Health Organization, Genebra, December 2001 (http://www.who.int/hrh/documents/en/pay_non_pay.pdf, acessado a 7 de Fevereiro de 2005).
73. Adams O. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of the World Health Organization. Antuérpia, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:203–206).
74. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resource impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
75. Segall M. From cooperation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:61–79.
76. Nitayarumphong S, Srivanichakom S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Antuérpia, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:55-72).
77. Kittimunkong S. Coping strategies in Hua Thalay urban health centre, Korat, Thailand. Antuérpia, ITG, Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:231–238).

78. Dal Poz MR. Cambios en la contraction de recursos humanos: el caso del programa de salud de la familia en Brasil [Changes in the hiring of health personnel: the family health programme in Brazil]. *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16:82–88.
79. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:22–32.
80. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Tanzania case study*. Genebra, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.6).
81. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Mozambique case study*. Genebra, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.4).
82. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Uganda case study*. Genebra, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.3).
83. *Universal coverage: options for the organization of health financing systems*. Genebra, World Health Organization, 2004 (Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, Technical Brief for Policy, No. 1, Draft, Novembro de 2004).
84. Briasco C, Floate H, Tate A. Feeding the System. Brisbane, University of Queensland, 2004 (dissertação de MPH não publicada).
85. Meesen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W. *The new deal in Cambodia: the second year. Confirmed results, confirmed challenges*. Phnom Penh, Médecins sans Frontières Holland/Belgium, 2002.
86. Fofana P, Samai O, Kebbie A, Sengeh P. Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, 59(Supl. 2): S225–S230.
87. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Sundari ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 93–101).
88. Conway T. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Viet Nam case study*. Genebra, World Health Organization, 2000 (WHO/GPE/00.5).
89. Seoane G, Equiluz R, Ugalde M, Araya JC. Bolivia, 1996–2000. In: Koblinsky MA, ed. *Reducing maternal mortality*. Washington, DC, The World Bank, 2003:83–92.
90. *Reducing catastrophic health expenditure in the design of health financing systems*. Genebra, World Health Organization, 2004 (Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, Technical Brief for Policy, N.º 2, Draft de Novembro de 2004).
91. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramardini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362:111–117.
92. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector-wide approaches*. Londres, Overseas Development Institute, 2001 (Working Paper 142).
93. *Thailand's health care reform project, 1996-2001. Final report, July 2001*. Banguecoque, Ministry of Public Health, 2001.
94. *Reproductive health: report by the Secretariat*. Genebra, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/reproductive-health/A57_13_en.pdf, acedido a 9 de Fevereiro de 2005).
95. *Bangladesh: health and population sector strategy 1996*. Dhaka, Government of Bangladesh, 1997.
96. Health and population sector programme 1998–2003: programme implementation plan. Dhaka, Government of Bangladesh, 1998.
97. Ahmed N. Voices of stakeholders in Bangladesh health sector reform. In: Yazbeck A, Peters D, Wagstaff A, eds. *Health policy research in South Asia: guiding reforms and building capacity*. Baltimore, MD Johns Hopkins University Press, 2003, 14:369–400.
98. Streatfield PK, Mercer A, Siddique AB, Khan ZUA, Ashraf A. *Health and Population Sector Programme 1998–2003. Bangladesh: status of performance indicators 2002; a report for the Health Programme Support Office for the annual programme review 2002*. Dhaka, ICDDR,B–Centre for Health and Population Research, 2003 (ICDDR,B special publication, no. 116).
99. Jahan R. Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:183–191.