



Sistemas de Saúde em África

*Percepções e Perspectivas
das Comunidades*

Relatório de um Estudo Multipaíses

Junho de 2012



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**

Sistemas de Saúde em África

Percepções e Perspectivas das Comunidades

Relatório de um Estudo Multipaíses

Junho de 2012

Esta publicação contém o relatório de uma equipa de estudo internacional sobre as percepções e perspectivas das populações relativamente aos sistemas de saúde em dez países africanos e não representa necessariamente as decisões ou políticas da Organização Mundial da Saúde, nem dos governos em causa.

Sistemas de Saúde em África

Percepções e Perspectivas das Comunidades

Relatório de um Estudo Multipaíses

Junho de 2012

Publicado pela
Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional para a África
Brazzaville
República do Congo

© Escritório Regional da OMS para a África, 2012

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39425; fax: + 47 24139501 ou +47 241 39503; correio electrónico: bibliotheque@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não-comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS/AFRO

Sistemas de Saúde em África: Percepções e Perspectivas das Comunidades

1. Planos dos sistemas de saúde – organização e administração 2. Prestação de cuidados de saúde – organização e administração – tendências 3. Factores socioeconómicos
4. Planeamento em Saúde Comunitária – tendências 5. Trabalhadores de saúde comunitária – utilização 6. África

I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África

ISBN: 978 929 034 0522

(Classificação NLM: WA 540 HA1)

Composição Tipográfica: AMA DataSet Limited, Preston, Lancashire, UK
Impresso e encadernado por Charlesworth Press, Wakefield, UK

Índice

Lista de siglas e acrónimos	vii
Equipa de redactores	viii
Prefácio	ix
Agradecimentos	xi
Resumo	xii
Capítulo 1 Introdução	1
Capítulo 2 Perguntas e objectivos da investigação	3
2.1 Perguntas gerais da investigação	3
2.2 Objectivos da investigação	3
Capítulo 3 Metodologia	4
3.1 Estrutura e métodos do estudo	4
3.2 Locais e população do estudo	4
3.3 Amostragem	4
3.4 Instrumentos da investigação	5
3.5 Análise dos dados	6
3.6 Considerações de natureza ética	7
3.7 Processo do estudo	7
3.8 Limitações do estudo	8
Capítulo 4 Resultados	9
4.1 Informação sociodemográfica	9
4.2 Percepção da saúde das comunidades e prestação de cuidados de saúde	12
4.3 Experiência com os serviços de saúde	30
4.4 Percepção comunitária do financiamento dos cuidados de saúde	35
4.5 Objectivos do sistema de saúde e capital social	44
Capítulo 5 Discussão	50
Capítulo 6 Conclusões	59
Capítulo 7 Recomendações	61
Capítulo 8 Referências	62

Anexos		65
Anexo 1:	Definições dos termos	65
Anexo 2:	Distribuição da média de idades por local	67
Anexo 3:	Distribuição dos respondentes que frequentaram a escola, por sexo	67
Anexo 4:	Porcentagem que refere a diabetes como problema de saúde comum, por local	68
Anexo 5:	Problemas de saúde comuns entre as pessoas idosas, por localidade	68
Anexo 6:	Classificação do envolvimento das comunidades na tomada de decisões, por localidade	68
Anexo 7:	Famílias com necessidade de cuidados de saúde, por localidade	69
Anexo 8:	Famílias com necessidade de cuidados de saúde, por desempenho do distrito	69
Anexo 9:	Razões mais comuns para procurar cuidados de saúde, por sub-região	70
Anexo 10:	Reembolso do dinheiro gasto em medicamentos, na sub-região	70
Anexo 11:	Liberdade de expressão, por localidade	71
Anexo 12:	Liberdade de expressão sobre questões de saúde, por sub-região	71
Anexo 13:	Localização dos locais do estudo	71
Anexo 14:	Equipas de investigação	72

Lista de siglas e acrónimos

AFRO	Escritório Regional da OMS para a África
AGL	Área de Governo Local
APOC	Programa Africano de Luta contra a Oncocercose
ARV	Anti-retrovirais
ASS	África Subsariana
BCC	Comunicação sobre a Mudança de Comportamentos
BCG	Bacille-Calmette-Guérin
CBHI	Seguros de saúde baseados nas comunidades
CDTI	Tratamento com Ivermectina dirigido às comunidades
CPN	Cuidados pré-natais
CSP	Cuidados de saúde primários
DHS	Inquérito Demográfico e Sanitário
DNT	Doença Não Transmissível
DPT3	Difteria Pertussis Tétano (três doses)
FGD	Debates em Grupo de Reflexão
HHH	Chefe de família
IDI	Entrevista em profundidade
IGA	Actividade geradora de rendimentos
IRB	Conselho de Revisão Institucional
JNV	Jornada Nacional de Vacinação
MDGR	Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
MOU	Memorando de Entendimento
OBC	Organização baseada na comunidade
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RC	Comité Regional
RCA	República Centro-Africana
RDC	República Democrática do Congo
SPSS	Pacote Estatístico de Ciências Sociais
TB	Tuberculose
TDR	UNICEF/PNUD/Banco Mundial/ Programa Especial da OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais
UN	Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Equipa de redactores

Listados em ordem alfabética

Dr. Uche Amazigo	Prof. Peter Ndumbe
Dr. ^a Mary Amuyunzu-Nyamongo	Dr. Richard Ndyomugenyi
Dr. Tieman Diarra	Dr. Ngozi Njebuome
Prof. SJH Hendricks	Prof. Martin Oka Obono
Dr. Tarcisse Elongo Lokombe	Prof. Joseph Okeibunor
Prof. Paul-Samson Lusamba-Dikassa	Dr. Luís G Sambo
Prof. Pascal Lutumba	Sr. ^a Yolande F Longang Tchounkeu
Dr. Leonard Mukenge	Sr. Honorat GM Zouré.

Prefácio

Durante a minha alocução na sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, em 16 de Maio de 2011, defendi que todos os nossos debates e discussões no domínio da saúde apenas têm significado se melhorarem a saúde das pessoas e aliviarem o seu sofrimento. Por esse motivo, exortei os delegados presentes na Assembleia a “lembrarem-se das pessoas”.

Tenho todo o prazer em louvar a equipa de investigadores que procurou auscultar a percepção das comunidades, bem como as suas perspectivas relativamente aos sistemas de saúde na Região Africana da OMS, com a finalidade de reunirem uma base de evidências para serviços que tenham maior capacidade de resposta, sejam mais relevantes e equitativos e correspondam às expectativas dos cidadãos, dando a resposta adequada às suas necessidades.

As desigualdades no estado de saúde das pessoas, entre os diferentes países e no seio de cada um deles, têm constituído motivo de preocupação, ao longo do tempo, tanto para os gestores como para os prestadores de cuidados de saúde. Essa preocupação levou à Declaração de Alma-Ata, que tem sido reiterada por outras, como a Declaração de Ouagadougou.

Quando comparamos os principais indicadores da saúde no mundo, por exemplo, os relacionados com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, salta à vista a desigual distribuição da saúde entre os países, no seio dos países, e entre os subgrupos populacionais, por exemplo, entre os ricos e os pobres e entre os homens e as mulheres. Por outro lado, existem também diferenças entre as zonas rurais e urbanas no que diz respeito à cobertura dos principais serviços de saúde, tais como a assistência qualificada

aos partos, a vacinação e o diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns. Essas desigualdades poderão ser evitadas através da adopção e implementação de políticas relevantes de saúde e desenvolvimento que procurem minimizar as variações dos indicadores de saúde associados ao estatuto socioeconómico.

Na essência, atingir um nível aceitável de saúde requer, além do sector da saúde, a participação de todos os sectores com ela relacionados, assim como a participação das comunidades, no planeamento, organização, operação e monitorização dos mecanismos de prestação de serviços de saúde. Uma vez que os mecanismos de prestação de cuidados de saúde se destinam às comunidades, a não participação destas pode resultar em intervenções irrelevantes.

Os resultados do presente estudo são esclarecedores e reveladores. As comunidades tinham uma percepção clara da saúde e da prestação de serviços. Nestes incluíram o bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e económico na sua definição de saúde, sublinhando a necessidade de os nossos serviços de saúde terem maior capacidade de resposta a todas as necessidades de saúde das comunidades e não incidirem apenas sobre algumas delas. Estes resultados merecem a nossa atenção.

Os respondentes neste estudo identificaram também áreas em que a sua participação poderá melhorar a governação global dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Existem provas de que as questões da governação e da responsabilização, quando devidamente tratadas, contribuem para assegurar a consecução de resultados positivos das diferentes intervenções na área da saúde.

Espero que os resultados deste estudo sejam discutidos com todas as partes interessadas a nível nacional, para que sejam formuladas políticas e estratégias que dêem respostas apropriadas às necessidades das nossas populações. Isso leva-nos à cobertura universal e a alcançar o nível de saúde

mais elevado a que os nossos países e populações podem aspirar.



Dr.^a Margaret Chan
Directora-Geral da OMS

Agradecimentos

A equipa de investigação agradece o apoio que lhe foi oferecido pelos ministérios da saúde e outros departamentos nacionais, incluindo a assistência técnica, a aprovação dos princípios éticos e a permissão para conduzir o estudo em dez países: Argélia, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Quênia, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul e Uganda. A equipa está igualmente grata aos chefes e directores das instituições de saúde dos diferentes níveis, profissionais de saúde da linha da frente, membros das comunidades e seus chefes nos vários locais do estudo pelo tempo que dispensaram e pelos seus valiosos contributos, que possibilitaram o êxito deste estudo.

A equipa agradece às instituições de investigação e académicas dos países participantes e

aos seus funcionários o apoio dispensado nos países e ao Escritório Regional da OMS para a África e ao Programa Africano de Luta contra a Oncocercose a assistência do seu pessoal.

A equipa de investigação está particularmente grata aos ministros da saúde dos países participantes, pela sua colaboração na sessão de informação apresentada pelos iniciadores do estudo (20 de Maio de 2012, em Genebra, na Suíça) e pelo seu consentimento na publicação dos resultados.

O Escritório Regional da OMS para a África e o Programa Africano de Luta contra a Oncocercose providenciaram o financiamento para este estudo.

Resumo

“Em todos os hospitais, mesmo nas clínicas, não há humanidade. Quando chegamos ao hospital, dão-nos a ficha de doente. Ele tem a caneta na mão. Nós dizemos-lhe: Papá, escreva, o meu filho está a morrer; e ele responde, paga a taxa. Até cruza as pernas; nós ficamos ansiosos, inquietos e ele insiste para pagarmos o dinheiro. Até que o dinheiro chegue, a criança morre. Não há sentimentos ali. Para se usar o hospital, ou há dinheiro ou se morre, se não se tiver o dinheiro” (Mulheres nos Debates em Grupos de Reflexão).

CONTEXTO

1. Em todas as décadas, desde 1940, os decisores políticos, os profissionais e os prestadores de cuidados de saúde têm lançado novas iniciativas mundiais e nacionais, numa tentativa para resolver os desafios da saúde e satisfazer as necessidades das populações, particularmente das que vivem na África Subsariana. No entanto, poucas reformas têm tido êxito.
2. Debates recentes têm indicado a forma de progredir no reforço dos sistemas de saúde, atingir a cobertura universal da saúde e fazer progressos na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). No entanto, são as perspectivas dos profissionais e prestadores de cuidados de saúde que, fundamentalmente, orientam a maioria desses debates, com pouca atenção à percepção e opiniões dos utilizadores finais. Embora continue a ser essencial em muitos países da África Subsariana continuar a advocacia pelo aumento dos investimentos na saúde, existe ainda por explorar um considerável potencial de capital humano e dos saberes dos utentes.
3. Melhorar a capacidade de prestação dos serviços nacionais de saúde em África vai muito para além das declarações e do aumento do financiamento. É necessário também o contributo das comunidades. Perante isto, envolvemos neste estudo pessoas das zonas urbanas, periurbanas e rurais, com o objectivo de entender a sua percepção e perspectivas sobre a saúde e a prestação de serviços de saúde.
4. O estudo procurou responder a seis questões: (i) como é que a saúde e os cuidados de saúde são vistos pelas comunidades africanas; (ii) como é que os cuidados de saúde são implementados em determinados distritos de saúde urbanos, periurbanos e rurais; (iii) até que ponto a prestação dos serviços existentes nos sistemas de saúde dão resposta às necessidades das comunidades; (iv) qual é o potencial e a capacidade das comunidades para contribuírem para a prestação de serviços de saúde e nela participarem; (v) como podem as pessoas e os grupos das comunidades urbanas, periurbanas e rurais ser capacitadas no desenvolvimento comunitário da saúde e como podem as suas capacidades ser reforçadas; e (vi) quais são as perspectivas das comunidades relativamente à prestação de cuidados de saúde.
5. Este estudo multinacional, multidisciplinar e transversal foi, por isso, concebido para investigar as questões acima mencionadas,

com o intuito de conhecer em profundidade a interligação entre as comunidades e os serviços de saúde e produzir novos conhecimentos sobre as formas de capacitar as comunidades para contribuírem para as reformas na saúde, juntamente com outros principais interessados—governos, parceiros e sector privado, entre outros.

6. O estudo foi realizado em 13 locais, em 10 países africanos seleccionados através de um processo de amostragem por fases. Primeiro, os países foram agrupados em três Sub-Regiões (Central, Oriental e Austral e Ocidental), de acordo com os critérios do Escritório Regional da OMS para a África. Dentro de cada Sub-Região, seleccionaram-se três ou quatro países com base em factores demográficos, linguísticos, geográficos e na capacidade de investigação existente. Os dez países (Argélia, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Quênia, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul e Uganda) reflectem uma grande variedade de modelos de sistemas de saúde representados na Região Africana. Por outro lado, constituem 26% dos 46 Estados-Membros e representam mais de 52% da população da Região.
7. Em cada local de estudo, seleccionaram-se aleatoriamente duas regiões de saúde, em duas fases, com base nos relatórios mais recentes dos inquéritos sobre demografia e saúde (DHS), assim como nos dados da mortalidade materna, infantil e neonatal e da cobertura vacinal. As regiões foram reunidas em dois grupos, de elevado desempenho e de baixo desempenho, com base nos indicadores da saúde.
8. O estudo combinou métodos de investigação em ciências biomédicas e sociais: inquéritos transversais, inquéritos qualitativos e estudos de caso. Realizaram-se acções de formação para normalizar a metodologia e a implementação do protocolo do estudo, para assegurar a recolha de dados comparáveis.
9. O estudo foi realizado em zonas urbanas, periurbanas e rurais. Os respondentes elegíveis foram aleatoriamente seleccionados em 24 comunidades de seis distritos de saúde, em cada local (num total de 240 comunidades). O número de participantes no estudo por local oscilou entre 799, na

RCA, e 980, no Quênia. Os dados quantitativos foram recolhidos, usando um questionário às famílias administrado pelo entrevistador. Foram entrevistados, no total, 10 932 chefes de família (HHH) ou seus representantes. A recolha dos dados qualitativos baseou-se em entrevistas em profundidade (IDI) e nos debates de grupos de reflexão (FGD), com vários interessados, incluindo membros das comunidades e pessoal de saúde da linha da frente e dos níveis distritais e nacionais da prestação de serviços de saúde. Realizaram-se, ao todo, 24 FGD por local de estudo, perfazendo um total de 312 FGD e 816 IDI; efectuaram-se 78 estudos de casos.

PRINCIPAIS RESULTADOS

10. A média de idades dos 10 932 respondentes foi de 43,9 anos, com limites entre os 38,7 e os 54,6 anos. Os homens constituíram 53,2% da amostra. A distribuição das famílias da amostra nas zonas urbanas, periurbanas e rurais foi, respectivamente, de 33,8%, 33,1% e 33,1%. A maioria dos respondentes vivia nas zonas do estudo há mais de 25 anos.
11. Os resultados do estudo fornecem informação importante sobre as perspectivas das pessoas, quer no que respeita a gozarem de boa saúde, quer sobre os componentes do sistema de saúde, que requerem um impulso para melhor responderem às suas expectativas. As definições de saúde das comunidades incluem “bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e económico”. Esta definição, que vai além da definição de saúde da OMS¹, é ilustrada pela citação que se segue:

“O que eu acho e penso não estar errado, mas a ideia que tenho de boa saúde é que ela deve ser tanto física como espiritual. Podemos estar de boa saúde física, mas não espiritualmente. O mais importante é ter uma boa saúde física e espiritual” (FGD, homens adultos, urbanos).

1 A Organização Mundial da Saúde define saúde do seguinte modo: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (fonte: <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>).

12. Aproximadamente, 23% dos respondentes referiram a *capacidade de trabalhar* (21,5%) como aquilo que constitui uma boa saúde. Outras características de boa saúde que foram referidas incluíam a *mobilidade* (19%) e a *capacidade de ter força física* (10,3%). De acordo com a maioria dos respondentes, um bom sistema de saúde deve centrar-se nas pessoas (a nível de indivíduo e de família), com políticas, partilha de conhecimentos, infra-estruturas, acesso aos serviços essenciais de saúde e forte participação das comunidades. As perspectivas dos respondentes identificam as principais componentes de um sistema de saúde como incluindo: saúde e políticas relacionadas com a saúde, conhecimentos, medicamentos, unidades de saúde, pessoal de saúde, prestação de serviços de saúde, num quadro de liderança, governação, orientação e participação das comunidades.
 13. Os respondentes reconheceram a pesada carga das doenças transmissíveis (DT) e não transmissíveis (DNT) nas suas comunidades. O paludismo foi o problema de saúde mais referido em 11 dos 13 locais, sendo as excepções a Argélia e a África do Sul. O paludismo e a febre (mencionada, respectivamente, por 69% e 53% dos respondentes) foram os problemas mais comuns de saúde das crianças. Relativamente às pessoas idosas, os problemas de saúde mais comumente referidos foram a artrite (42%), seguida pela hipertensão (41,3%), o paludismo e os problemas oculares (cada um com 35,9%). É curioso registar que o VIH/SIDA não se encontrava entre as doenças mais referidas, em todos os locais, mesmo nos países com reconhecida elevada prevalência.
 14. O nível de conhecimentos sobre as DNT era elevado em todos os locais do estudo, especialmente sobre a hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental, embora com algumas diferenças de local para local. Na Sub-Região Oriental e Austral, 63,2% e 41,1% dos respondentes, respectivamente, referiram o paludismo e a febre como doenças comuns. A hipertensão e a diabetes receberam mais atenção na Sub-Região Oriental e Austral (respectivamente, 26,8% e 23,9%) e na Sub-Região Ocidental (respectivamente, 33,3% e 23,3%), em comparação com a Sub-Região Central (22,5% e 12,2%).
- A Argélia, a RDC Ocidental, o Sudeste da Nigéria, o Senegal e a África do Sul notificaram elevados níveis de conhecimento sobre a diabetes, como problema comum de saúde.
15. Em todos os locais do estudo, 85–90% dos respondentes referiram as unidades de saúde do sector público como os principais prestadores de cuidados de saúde. A estas seguiam-se as unidades de saúde privadas nas zonas urbanas (55,9%) e os curandeiros tradicionais (17,9%).
 16. Nas zonas urbanas, os respondentes referiram o sector não público, nomeadamente as unidades de saúde religiosas (14,7%) e os vendedores informais de medicamentos (13,8%) como prestadores alternativos de cuidados de saúde. Na Sub-Região ocidental, o uso de unidades de saúde de cariz religioso foi referido por 5% dos respondentes, em comparação com 22,3% na Sub-Região oriental e austral e 17,5% na Sub-Região central. Os vendedores informais de medicamentos foram referidos como importante providenciadores de cuidados de saúde na Sub-Região central por 18,1% dos respondentes e 15% dos respondentes da Sub-Região ocidental. Estes resultados têm implicações no papel de gestão, regulação, supervisão e mobilização que o governo tem na liderança e gestão do sistema de saúde.
 17. Embora as unidades de saúde do sector público fossem referidas por 90% dos respondentes como principais prestadores de cuidados de saúde, elas eram vistas e descritas pelas pessoas, em especial, as da Sub-Região ocidental, “como centros de vacinação das crianças e de cuidados pré-natais e de parto para as mulheres”. Nas três Sub-Regiões, o tratamento de enfermidades era o serviço mais comum oferecido nas unidades de saúde do sector público, como foi referido por 80,2% dos respondentes da Sub-Região ocidental, 79,9% da Sub-Região central e 54% da Sub-Região oriental e austral. Seguiam-se os serviços destinados às crianças e às mulheres.
 18. Relativamente à avaliação que as pessoas faziam da capacidade de resposta dos serviços de saúde, mais de dois terços dos 10 932 respondentes classificaram os serviços do sector público como insuficientes, com a única excepção da África do Sul. As principais razões apontadas para a avaliação negativa

foram: a indisponibilidade de medicamentos e equipamento (39,1%), a atitude inadequada dos prestadores de cuidados de saúde (27,7%), a demora na prestação de cuidados e o longo tempo de espera (13,1%). Esta percepção está reflectida na seguinte citação:

“Dantes, chegávamos ao centro de saúde e cumprimentavam-nos. Antes de pedirem dinheiro, tratavam a criança e só depois disso apresentavam a conta. Agora o que é que vemos? Leva-se uma criança doente, a criança está em coma, mas pedem-nos para levarmos medicamentos, sangue e material para transfusões. Com o tempo que se leva a conseguir tudo isso, o estado de saúde da criança agrava-se” (FGD, homens adultos, zonas rurais).

19. Em geral, os principais factores que, segundo o estudo, influenciaram a avaliação dos serviços das unidades de saúde foram: a atitude do pessoal de saúde para com os utentes; a falta de medicamentos e outro material; e um ambiente pouco acolhedor. Houve diferenças por locais e Sub-Regiões. A Sub-Região central (69%) foi aquela em que havia mais preocupações e insatisfação, logo seguida pela Sub-Região ocidental (67%). Os sentimentos das pessoas ficam patentes nas citações que se seguem:

“Os agentes de saúde não são simpáticos. São rudes para os doentes” (FGD, mulheres adultas, urbanas).

“Só as pessoas que têm amigos no centro de saúde conseguem ter bons cuidados e ser bem recebidas. Quem não tem conhecimentos no hospital é ignorado e ninguém se preocupa com eles, mesmo que estejam a morrer sozinhos” (FGD, mulher jovem, urbana).

20. Um homem adulto descreveu o ambiente nas unidades de saúde do sector público como inamistoso para com o recém-nascido, observando que:

“Um bebé recém-nascido está bem após um parto normal, mas antes do fim do dia já foi picado por 10 mosquitos e isto antes de sair do hospital. Como é que se pode esperar que uma criança fique bem nestas condições? Num caso destes, as pessoas continuam a querer ir para o hospital ou preferem outro sítio?” (FGD, homens, urbanos).

21. Em contraste, os respondentes que classificaram os serviços como bons, fizeram-no, principalmente, devido à capacidade de resposta do pessoal de saúde aos utentes (42,7%), ambiente acolhedor (18,9%) e disponibilidade de medicamentos (14%).
22. Em todas as localidades (quer sejam urbanas, periurbanas ou rurais), as respostas fazem a descrição de um sistema de saúde em que as maiores expectativas dos beneficiários são colocadas nos medicamentos, nas instalações e nos recursos humanos. Quando os prestadores de cuidados de saúde recebem bem as pessoas, estas também expressam uma apreciação positiva dos serviços: “No nosso centro, vemos o pessoal de saúde caminhar longas distâncias, para ir buscar os medicamentos” (Mulher FGD).
23. Há doenças para as quais as pessoas preferem procurar outros prestadores de cuidados, devido à sua cultura ou convicções religiosas. Aproximadamente, 25% dos respondentes referiram as febres, o paludismo e a artrite como condições de saúde que não levam às unidades de saúde mais próximas. Outros problemas de saúde referidos incluíam as depressões e os problemas respiratórios.
24. Os curandeiros tradicionais e espirituais constituem os principais prestadores de cuidados de saúde para as enfermidades pelas quais os doentes não vão às unidades de saúde convencionais. Dos respondentes que referiram os curandeiros tradicionais como principal alternativa aos hospitais, 67,1% pertenciam a comunidades periurbanas. Outros prestadores de cuidados referidos foram os curandeiros espirituais (21,1%) e os vendedores informais de medicamentos (16,2%).
25. Sobre o acesso aos serviços de saúde, mais de 90% dos respondentes sabiam onde procurar cuidados de saúde. No entanto, as dificuldades financeiras foram referidas por 34,1% dos respondentes, como o principal obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde. Outras dificuldades incluíam os transportes (11%), falta de medicamentos (6,7%) e a percepção de que o estado de saúde não era muito grave (5,4%). O estudo revelou que 2,8% dos respondentes não se sentiam encorajados a procurar cuidados nas unidades de saúde do sector público devido à inamistosa atitude dos agentes de saúde, causa referida

- por 27,7% dos respondentes como uma das razões para classificarem essas unidades como deficientes.
26. Três dos dez países participantes têm seguros formais de saúde (Argélia, Camarões e África do Sul). A maioria dos respondentes das três Sub-Regiões não tinha seguro de saúde e recebia um reembolso insignificante do dinheiro que tinha gasto com os tratamentos. Aproximadamente, 12% dos respondentes tinha seguro de saúde na Sub-Região central, 9,1% na Sub-Região oriental e austral e 2,5% na Sub-Região ocidental. Na RCA, os respondentes afirmaram que o governo, com recursos dos parceiros do desenvolvimento, dispensava subsídios, enquanto no Senegal o modelo se baseava no financiamento comunitário. Excepcionalmente, na Argélia, as companhias de seguros oferecem 99,3% de reembolso dos medicamentos aos habitantes das zonas rurais, 96,4% aos das zonas urbanas e 98,9% aos das zonas periurbanas. Os respondentes, em alguns locais, particularmente na África do Sul, reconheceram o acesso grátis aos serviços de saúde estatais. No entanto, a percentagem global dos respondentes que beneficiava da gratuidade dos serviços de saúde estatais era inferior a 14%.
27. As comunidades contribuem de várias formas para a prestação de serviços de saúde: prestando assistência à gestão e manutenção das unidades de saúde (20,9%), designando voluntários (10,7%) e formando voluntários das comunidades (10,5%). Em alguns locais do estudo, as comunidades construíram as instalações (6,3%) ou ofereceram a mão-de-obra necessária para a construção (5,6%). Em todas as localidades, os contributos individuais para a prestação de serviços comunitários de saúde incidiram, especialmente, nos cuidados aos doentes, conforme foi referido por mais de 30% dos respondentes.
28. Os resultados revelam que, em todas as Sub-Regiões, os indivíduos contribuem para a prestação de cuidados de saúde. A maior percentagem dos indivíduos que contribuem para a prestação de cuidados de saúde (37,7%) registou-se nas zonas rurais, seguindo-se as zonas periurbanas (36,4%) e urbanas (34,0%). No entanto, 26,2% dos respondentes não sabia como nem se as suas comunidades contribuíam para os cuidados de saúde e 64% nunca tinham contribuído.
29. É de notar que havia uma percentagem mais elevada de respondentes que afirmavam a sua disposição para contribuir para a prestação de serviços de saúde no futuro: 70,9% na Sub-Região ocidental, 66,2% na Sub-Região oriental e austral e 62,3% na Sub-Região central.
30. Alguns dos respondentes (40,5%) acreditavam que o governo fazia sempre o melhor para as comunidades, mas 13,8% afirmaram não confiar que o governo agisse de forma favorável. A afirmação que se segue, ilustra as perspectivas e algumas das razões que levam as pessoas a desconfiar dos governos:
- “Há algum tempo, comprámos um lote de terreno para construir uma residência para o pessoal de saúde, para que eles pudessem trabalhar com condições. Em seguida, começámos a moldar os blocos e a deitar areia no local. Depois, o presidente do governo local da altura, disse que não precisávamos de construir a residência porque o governo o faria. Neste momento, a residência ainda não foi construída e todos os blocos e a areia estão desgastados” (IDI, líder comunitário, zona periurbana).
31. O nível de envolvimento das comunidades, na tomada de decisões sobre o modo como os serviços de saúde devem ser prestados, foi classificado como pobre na Sub-Região oriental e austral (48,8%), na Sub-Região ocidental (44,0%) e na Sub-Região central (41,8%). Estas percentagens apontam para a insuficiente inclusão dos membros das comunidades na tomada de decisões, na agenda de reforma da saúde.
32. Relativamente às formas de melhorar a prestação de serviços essenciais de saúde, os participantes sugeriram o abastecimento de medicamentos como o domínio mais significativo em que os serviços de saúde devem ser melhorados. A este aspecto seguiu-se uma melhor qualidade do pessoal e a construção de unidades de saúde. Os participantes envolvidos nos FGD expressaram opiniões similares, como abaixo se ilustra:
- “Sabe por que estamos a pedir mais pessoal? Se o senhor chegar aqui doente, às 11 horas da noite, vai ter que esperar até ao dia seguinte, seja qual for a gravidade

da sua doença. Não estará aqui ninguém para o tratar, porque lhe vão dizer que não têm pessoal para cuidar dos doentes durante a noite. É isto que lhe dirão” (FGD homem, zona periurbana).

CONCLUSÕES

33. O presente estudo revelou que a percepção que as pessoas têm da saúde e da prestação de serviços de saúde constitui um ponto de reflexão valioso que poderá ajudar a melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, bem como a sua eficácia na Região Africana. Os resultados indicam que as comunidades compreendem a dinâmica e as interacções que, muitas vezes, influenciam a prestação de cuidados de saúde e os resultados obtidos a nível comunitário. O estudo fornece opiniões úteis sobre os determinantes da saúde, incluindo as dimensões do bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e económico. As pessoas estão preocupadas com o paludismo, as febres e as DNT, que requerem investimentos adicionais a nível de distrito e de comunidade. Os respondentes mostraram-se igualmente preocupados com a falta de medicamentos nas unidades de saúde do sector público e a inadequada atitude do pessoal de saúde, em particular durante as situações de emergência.
34. Apesar dos esforços do governo e dos parceiros para reforçar a prestação de serviços de saúde na maioria dos países da Região, os utentes continuam a achar insuficientes os cuidados de saúde e as instalações. Os resultados revelam que os serviços de saúde locais e comunitários têm poucos recursos e precisam de mais investimentos, para melhorar a sua capacidade para prestar cuidados de qualidade e melhorar o acesso dos mais pobres e dos membros mais vulneráveis da sociedade, incluindo as pessoas mais idosas. Os serviços das unidades distritais de saúde do sector público não se devem limitar ou a ser vistos pelas pessoas como cuidando apenas das crianças (vacinação) e das mulheres em idade fértil (cuidados pré-natais e de parto), mas antes ser alargados a outras actividades que dêem resposta às vastas necessidades das comunidades.
35. As lacunas na protecção social e os desafios salientados neste estudo exigem a criação de mecanismos mais eficazes que poupem as famílias a gastos pessoais verdadeiramente catastróficos e possibilitem a utilização das unidades de saúde do sector público e não público. O estudo ilustra igualmente a importância da participação das comunidades na governação dos serviços de saúde.
36. A principal observação é a de que é preciso fazer mais: obter mais fundos, pessoal, medicamentos, instalações e fazer mais esforços para melhorar o desempenho dos serviços nacionais de saúde. Por outro lado, é também fundamental a gestão eficaz dos recursos existentes.
37. Constituí, igualmente, motivo de preocupação a percepção que as pessoas têm da não inclusão de membros das comunidades na tomada de decisões. Embora os resultados revelem que há uma elevada percentagem de respondentes confiantes em que os governos agirão a favor dos seus interesses, um desafio importante é a capacidade do governo para satisfazer a elevada procura de serviços essenciais de saúde, apesar de serem signatários de inúmeros compromissos e declarações.
38. Os resultados deste estudo sublinham os contributos e o papel significativo que os indivíduos e as comunidades podem desempenhar na prestação de informação sobre a situação local e o seu potencial de intervenção na prestação de serviços de saúde. Envolver os utentes dos serviços não só melhorará o acesso, mas também conduzirá a mecanismos inovadores para aproveitar os recursos e otimizar as capacidades das pessoas. Isso contribuirá para um melhor desempenho do sistema de saúde e apresentará soluções para um uso eficiente dos recursos. Por outro lado, proporcionará uma prestação eficaz de serviços de saúde a uma população o mais alargada possível.
39. Estando actualmente a arquitectura da saúde a sofrer mudanças estruturais, que incluem a ênfase dada às “despesas controladas”, é necessário encontrar novos desenhos e quadros para a prestação de serviços de saúde, de modo a gerar modelos criativos que respondam melhor aos resultados na área da saúde, sem necessariamente esperar por grandes investimentos financeiros. A expectativa

deste estudo é que os resultados sensibilizem os decisores políticos para novas formas de concepção dos sistemas de saúde, reconhecendo o enorme potencial inexplorado das comunidades africanas no processo do desenvolvimento da saúde, tanto a nível nacional como regional.

RECOMENDAÇÕES

40. À luz dos resultados, governos, comunidades e parceiros deverão considerar as seguintes recomendações:

- (a) Criar mecanismos para aumentar os conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre a natureza multi-dimensional e complexa da saúde, que é vista pelas comunidades como um estado de *bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e económico*. Todos os envolvidos na saúde deverão considerar os conhecimentos das pessoas na sua análise, formulação e aplicação de políticas, num contexto mais alargado das reformas da saúde orientadas por evidências científicas e trabalho normativo;
- (b) Aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, através de reformas que melhorem as infra-estruturas, em particular das unidades de saúde, o pessoal qualificado, os medicamentos essenciais e o financiamento, do que resultará uma maior cobertura de cuidados de saúde e uma melhor satisfação do utente; estas medidas beneficiarão com o uso eficaz das orientações existentes e de supervisão;
- (c) Criar sistemas de vigilância baseados nas comunidades para detectar e notificar os problemas de saúde mais comuns, incluindo as doenças transmissíveis e não transmissíveis, facilitar os conhecimentos acerca dos factores de risco associados a essas situações e institucionalizar a gestão de casos de base comunitária;
- (d) Alargar o âmbito das intervenções de saúde de modo a satisfazer, além das crianças e mulheres em idade fértil, as necessidades dos adolescentes e dos idosos, assim como de outros grupos vulneráveis;
- (e) Criar mecanismos adequados de financiamento da saúde, incluindo seguros sociais de saúde, tributação, financiamento comunitário e outras opções para a cobertura universal da saúde;
- (f) Conceber reformas da saúde que sejam implementadas através de abordagens inovadoras que contribuam para efetivas intervenções representativas e participadas das comunidades na formulação de políticas, planeamento, organização e gestão dos serviços de saúde;
- (g) Apoiar a realização de investigação social, epidemiológica e de serviços de saúde e evidenciar e partilhar as melhores práticas de saúde pública, para promover e apoiar o reforço das intervenções essenciais de saúde pública na Região Africana e acelerar os progressos para atingir os objectivos da saúde, nacional e internacionalmente acordados.

I Introdução

Esta é uma história típica de aldeia. As famílias vivem com menos de um dólar por dia. Para acederem aos serviços básicos de cuidados de saúde, os membros das comunidades – mulheres, homens e crianças – caminham 20 quilómetros ou mais até à unidade de saúde mais próxima, por vezes, para não encontrarem nenhum agente de saúde e nenhuns medicamentos. Quando há medicamentos disponíveis no armazém de medicamentos da aldeia, podem ser falsos ou ter o prazo expirado. Nesta aldeia, não há médico. Nas crianças, o paludismo, as febres, as diarreias e os vômitos são frequentes; os adultos sofrem de hipertensão. Mas a informação sobre saúde é escassa. Os chefes de família e os líderes da aldeia têm boas ideias sobre a resolução dos problemas de saúde, mas os prestadores de cuidados de saúde que visitam a aldeia presumem, de forma errada, que as contribuições locais não interessam. Eles próprios pensam pelos líderes e membros das comunidades. Eles próprios planeiam iniciativas de saúde para a aldeia, sem pedir o consentimento ou opiniões dos locais. Dizem que a comunidade é o “pulso do coração” do sistema de saúde, mas as pessoas não são ouvidas, nem na tomada de decisões nem no planeamento.

Reconhecendo que os serviços de saúde, em todo o mundo, não estavam a responder às necessidades das populações que serviam, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Declaração de Alma-Ata de 1978 (OMS e UNICEF, 1978; Lawn et al, 2008), lançou a abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP), que incidiam sobre o papel-chave do empenho e da acção partilhada da comunidade na prestação de serviços

de saúde. O facto de as pessoas das comunidades urbanas, periurbanas e rurais poderem dar contributos valiosos para a concepção e organização de serviços de saúde eficazes foi, de novo, sublinhado na Declaração de Adis Abeba (WHO, 2006), o Relatório da Saúde no Mundo (WHO, 2008e) e a Declaração de Ouagadougou (WHO, 2008a). Nessas declarações, a OMS revisitou o modelo dos CSP e realçou os princípios das abordagens centradas nas pessoas e da cobertura de cuidados de saúde universal.

As obrigações financeiras dos Estados-Membros para enfrentar aquilo que é considerada uma crise de saúde pública no continente (WHO, 2003) foram identificadas pelos Chefes de Estado Africanos nas declarações de Abuja de 2000 e 2006, esta última apelando à cobertura universal das intervenções de saúde, especialmente em relação ao paludismo, tuberculose e VIH/SIDA. No entanto, as acções sugeridas apenas visam os países e os governos, sem identificar o papel das comunidades ou das organizações baseadas nas comunidades.

Nos últimos anos, a comunidade mundial da saúde colocou uma ênfase renovada no reforço dos sistemas de saúde (G8 Grupo de Peritos em Saúde, 2008; Reich et al, 2008), reconhecendo que as fragilidade sistémicas são as principais razões da demora para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Apesar dos esforços nacionais e internacionais, as intervenções de saúde não estão a dar uma satisfação adequada às necessidades das pessoas, especialmente daquelas que vivem em comunidades pobres e marginalizadas.

Melhorar a força de trabalho da saúde, aumentar o financiamento para reforço dos sistemas de saúde e alargar a base de conhecimentos sobre a forma de melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde constituirá um grande benefício para os mais de 800 milhões de pessoas que vivem na Região Africana da OMS (WHO, 2008f). No entanto, o aumento do financiamento e dos contributos para a prestação de serviços de saúde (incluindo a construção e localização das unidades de saúde) e a maior disponibilidade de tecnologias da saúde ou de medicamentos não conduzem necessariamente a melhores resultados na saúde (Travis et al, 2004; WHO, 2000).

Nas duas últimas décadas, os governos africanos e a comunidade mundial da saúde formularam políticas, desenharam programas e afectaram fundos para a prestação de serviços de saúde, para o reforço do sistema de saúde e para a monitorização dos indicadores dos ODM, com base na sua percepção das características de um sistema de saúde. O que falta em todos estes esforços é a voz e a contribuição dos utentes finais do sistema de saúde.

Esta omissão pode dever-se ao facto de os decisores políticos de alto nível nem sempre ouvirem a opinião das populações de nível socioeconómico mais baixo; por outro lado, alguns decisores podem não dispor dos mecanismos necessários para envolver as comunidades na formulação, planeamento, implementação, monitorização e avaliação de políticas. Para melhorar de modo significativo a saúde das populações, é necessário que os utentes (particularmente, os mais pobres e os marginalizados) contribuam para o desenho e o planeamento dos seus serviços de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO

Estudos recentes levados a cabo pela OMS (2011) indicam que a maioria dos países da Região não deverão atingir os ODM 4, 5 e 6. Os lentos progressos registados no desenvolvimento da saúde e no atingir das metas mundiais e nacionais têm estado relacionados com os frágeis sistemas de saúde, dos quais se destacam seis elementos constitutivos principais: (i) prestação de serviços; (ii) força de trabalho da saúde; (iii) informação;

(iv) produtos médicos, vacinas e tecnologias; (v) financiamento; (vi) liderança e governação (WHO, 2007; WHO, 2006; Sambo e Kirigia, 2011).

A actual atenção dada pelo Escritório Regional ao reforço dos sistemas de saúde, que se baseia na abordagem dos CSP para a cobertura universal da saúde, é uma excelente oportunidade para a implementação de intervenções de saúde que dêem resposta às necessidades de saúde das pessoas. Essas intervenções estariam em melhor situação de utilizar os recursos humanos e financeiros localmente disponíveis para melhorar de modo eficaz, eficiente e sustentável os resultados da saúde nos Estados-Membros (WHO 2008a, b, c). No entanto, os principais obstáculos a uma melhoria dos resultados da saúde incluem uma governação pouco eficaz, uma força de trabalho inadequada e uma afectação de recursos insuficiente e desigual.

Várias abordagens para o reforço dos sistemas de saúde implementadas na Região, tais como a abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) e Tratamento com Ivermectina Dirigido para as Comunidades (CDTI), demonstraram que quando os governos e as comunidades assumem a sua responsabilidade, os programas de saúde podem ser implementados com êxito e obter melhores resultados. No entanto, a implementação dessas intervenções requer a constituição de parcerias eficazes com as comunidades e outros parceiros interessados, de modo a se conseguir uma resposta abrangente.

A informação sobre o reforço dos sistemas de saúde na Região Africana baseia-se, em primeiro lugar, nas opiniões dos prestadores de cuidados de saúde, com poucos contributos dos utentes. Essa lacuna existe, apesar do reconhecimento crescente do papel das comunidades na prestação de cuidados de saúde, particularmente nos países em desenvolvimento, onde as infra-estruturas de saúde continuam a ser débeis.

Este estudo realizou-se com o objectivo de obter evidências sobre o modo de formular da melhor maneira um quadro de reforço dos sistemas de saúde que dê resposta às necessidades das comunidades, tendo em consideração a percepção e as perspectivas das pessoas sobre sua saúde e a prestação dos serviços de saúde.

2 Perguntas e objectivos da investigação

2.1 OBJECTIVOS GERAIS

A investigação foi orientada por seis questões principais:

- (a) Como são a saúde e a prestação de cuidados de saúde vistas pelas comunidades africanas?
- (b) Como são os cuidados de saúde implementados em determinados distritos de saúde urbanos, periurbanos e rurais?
- (c) Até que ponto a prestação de serviços existente nos sistemas de saúde dá resposta às necessidades das comunidades?
- (d) Qual é o potencial e qual a capacidade existente nas comunidades para contribuírem e participarem na prestação de serviços de saúde?
- (e) Como podem as pessoas e os grupos nas comunidades urbanas, periurbanas e rurais ser capacitados para o desenvolvimento comunitário da saúde e como pode a sua capacidade ser reforçada?
- (f) Quais são as perspectivas das comunidades sobre a prestação de cuidados de saúde?

2.2 OBJECTIVO PRINCIPAL E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DA INVESTIGAÇÃO

O objectivo principal da investigação era descrever as realidades dos cuidados essenciais de saúde em África e avaliar a percepção e as perspectivas das comunidades² sobre a prestação de serviços essenciais de saúde, para desenvolver mecanismos mais apropriados de prestação

de serviços de saúde, através da participação comunitária.

- (a) Os objectivos específicos da investigação eram:
- (b) Descrever a percepção das comunidades sobre saúde e prestação de serviços de saúde em comunidades africanas seleccionadas;
- (c) Descrever e analisar a implementação da prestação de serviços essenciais de saúde a nível dos distritos de saúde (urbanos, periurbanos e rurais), documentando experiências com o envolvimento das comunidades na prestação dos serviços de cuidados de saúde;
- (d) Avaliar as expectativas das comunidades relativamente a serviços de saúde que satisficam os doentes e as comunidades;
- (e) Avaliar a disponibilidade das comunidades (competências, vontade e capacidade) e os obstáculos à sua participação na prestação de serviços de saúde;
- (f) Recomendar medidas para o efectivo envolvimento das comunidades e melhores mecanismos de prestação de serviços de saúde essenciais, tendo em consideração as perspectivas comunitárias.

2 Comunidade: um grupo de pessoas que ocupa um território definido, sob uma liderança comum, com acesso a recursos locais partilhados, como base para desempenhar a maior parte das suas actividades diárias. Esse grupo pode variar de país para país e incluir aldeias, bairros, grupos de pequenas povoações, populações periurbanas, urbanas, rural e móveis e aglomerados populacionais temporários.

3 Metodologia

3.1 ESTRUTURA E MÉTODOS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo multi-países, multidisciplinar, transversal, destinado a descrever e analisar a percepção e expectativas das comunidades em relação à saúde e aos cuidados de saúde, no contexto de sistemas de saúde baseados nos distritos, na Região Africana da OMS. A finalidade principal do estudo foi determinar os factores chave para o envolvimento e a capacitação das comunidades para a governação, gestão e implementação dos CSP. O estudo combinou métodos analíticos quantitativos e qualitativos, assim como estudos de caso originários da investigação em saúde pública e ciências sociais.

Os dados quantitativos foram recolhidos através do uso de um questionário às famílias administrado por um entrevistador e destinado aos chefes de família. Na ausência do chefe da família, entrevistou-se um seu representante, com base na sua hierarquia no seio da família. O inquérito qualitativo baseou-se em entrevistas exaustivas (IDI) e debates em grupos de reflexão (FGD), com vários interessados, incluindo membros das comunidades, líderes de opinião e pessoal de saúde. Os estudos de caso destinados a recolher informação pormenorizada das unidades de saúde distritais/AGL, usando uma análise dos registos, listas de verificação e guias de entrevistas exaustivas com os directores das unidades de saúde.

3.2 LOCAIS E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo realizou-se em 13 locais de 10 países, seleccionados através de um processo de amostragem por fases. Em primeiro lugar, os países foram agrupados em três Sub-Regiões, de acordo com a estrutura organizacional da Região Africana da OMS: Sub-Regiões ocidental, central e oriental e austral. Dentro de cada Sub-Região, seleccionaram-se três a quatro países. Os dez países representam 26% dos Estados-Membros (46) e 52% da população total da Região. Os dez países foram os Camarões, República Centro-Africana e República Democrática do Congo na Sub-Região da África Central; Quênia, África do Sul e Uganda na Sub-Região da África Oriental e Austral; e Argélia, Níger, Nigéria e Senegal na Sub-Região da África Ocidental. Dada a extensão territorial da RDC e da Nigéria, seleccionaram-se vários locais (três na Nigéria e dois na RDC). A população do estudo incluiu chefes de família ou seus representantes, líderes comunitários, organizações de base comunitária, voluntários de saúde das comunidades e pessoal de saúde dos níveis periférico, distrital e nacional.

3.3 AMOSTRAGEM

Seleção das regiões e distritos de saúde

Devido à variabilidade do desenvolvimento dos CSP aos níveis regional e distrital, seleccionaram-se por randomização duas

regiões de saúde³, em duas fases. Em primeiro lugar, as regiões de saúde foram reunidas em dois grupos de elevado e baixo desempenho usando os relatórios mais recentes do Inquérito Demográfico e Sanitário (DHS) e conjuntos de dados sobre a mortalidade materna, infantil e neonatal e sobre a cobertura vacinal. Usaram-se, igualmente, indicadores intermédios, como os partos assistidos por pessoal qualificado e/ou cobertura da DPT3. Em segundo lugar, seleccionou-se, por randomização, uma região de saúde de cada grupo de regiões de saúde.

Os distritos de saúde em cada uma das duas regiões de saúde seleccionadas foram classificados e reunidos em grupos urbanos, periurbanos e rurais. Um distrito de saúde urbano, um periurbano e um rural foram seleccionados, por randomização, de cada região de saúde da amostra.

Seleção de comunidades dentro dos distritos

Da lista de comunidades de cada distrito, seleccionaram-se quatro, usando um processo de simples randomização, para formar os grupos de amostragem, de onde foram escolhidos os respondentes elegíveis. Deste processo resultou um total de 24 comunidades, em seis distritos de saúde retirados de duas regiões de saúde em cada local do país.

Seleção de amostras das famílias

Usando uma taxa presumida de 50% de conhecimento dos serviços de saúde nas comunidades e um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro estimada de 3,5%, calculou-se uma dimensão da amostra de 770 ± 27 , usando a seguinte fórmula:

$$Z^2 \times (p) \times (1 - p) / c^2$$

sendo:

Z o valor para o nível de confiança de 95% = 1,96

p (% do conhecimento dos chefes de família sobre o sistema de CSP) = 0,5

$$c = \text{intervalo de confiança} = 0,5$$

A dimensão da amostra foi, no entanto, arredondada para 840 famílias por local do país, tendo em consideração uma taxa de contingência de 5%. A equipa para cada local do país entrevistou cerca de 35 famílias, em cada uma das 24 comunidades.

Para seleccionar as famílias, identificou-se uma localização central em cada uma das comunidades seleccionadas por randomização, servindo isso como ponto de partida para a recolha de dados. Designaram-se dois assistentes de investigação para cobrir cada grupo de comunidades. Os assistentes de investigação deslocaram-se em direcção oposta ao ponto de partida identificado em cada comunidade e continuaram a virar à direita em cada cruzamento até atingirem o número pretendido de respondentes. Nos casos em que não se conseguia o número necessário num determinado grupo, os entrevistadores passavam a uma comunidade contígua, para completarem a amostra.

3.4 INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Dez assistentes de investigação com conhecimentos da língua local, escolhidos em universidades e instituições de investigação das regiões de saúde seleccionadas receberam formação, em cada local do país, sobre os objectivos e as técnicas de recolha de dados. Elaborou-se um manual de formação, para orientar as equipas, de modo a assegurar a recolha de dados de qualidade normalizada. Usaram-se quatro tipos diferentes de instrumentos de investigação⁴, que se resumem seguidamente, visando cada um diferentes fontes de informação, para analisar as questões da investigação.

1. *Questionário do inquérito às famílias*: este instrumento era administrado por um entrevistador a cerca de 35 chefes de família ou seus representantes e forneceu informação sobre as experiências, percepções e expectativas relativamente aos serviços de saúde, na perspectiva dos respondentes. Recolheram-se também informações sobre as características

3 Uma “região” de saúde pode ser definida de maneira diferente nos vários países, por exemplo, como “província”, “estado” ou “distrito de saúde”.

4 Ver os instrumentos do estudo em <http://www.who.int/apoc>.

demográficas, estilo de vida e factores de risco ambientais. Este instrumento investigou também a disponibilidade e a capacidade dos respondentes para participarem na prestação dos serviços essenciais de cuidados de saúde nas comunidades.

2. *Guias para Entrevistas em Profundidade:*

Havia três tipos de guias para entrevistas em profundidade (IDI) que foram usados para recolher informação de 816 informadores-chave, que forneceram dados qualitativos sobre a prestação de serviços essenciais de saúde nas comunidades do estudo; sobre a disponibilidade e capacidade das comunidades e dos voluntários de saúde para continuarem a participar nos seus papéis de prestadores de cuidados; e sobre a percepção e expectativas acerca dos serviços de saúde. Os três principais grupos entrevistados incluíam:

- (a) líderes comunitários e representantes de organizações de base comunitária (OBC);

- (b) voluntários comunitários de saúde;
- (c) pessoal de saúde das unidades de saúde de primeira linha.

4. *Guia para discussão em grupos focais (FGD)*

com grupos da comunidade. Em cada local, realizaram-se um total de 24 FGD, compostos cada um por 8-10 participantes, com grupos separados de mulheres e de homens adultos e raparigas e rapazes adolescentes. O resultado final foi a realização de 312 FGD, no conjunto dos 13 locais. Como aconteceu com as IDI, os FGD solicitavam informação sobre as experiências, percepção e expectativas das pessoas relativamente aos serviços de saúde, assim como sobre a disponibilidade e capacidade das comunidades para continuarem a participar na prestação de serviços essenciais de saúde.

5. *Orientações para a investigação baseada em estudos de caso sobre serviços essenciais de saúde baseados nos distritos* foram disponibilizadas para gerar estudos de caso contextuais, pormenorizados, sobre a prestação de serviços essenciais de saúde, nas áreas de recrutamento. Esse instrumento orientou o investigador principal para cada local, onde efectuou entrevistas

aos decisores de políticas de saúde, líderes de opinião e agentes distritais de saúde. Os documentos foram também analisados, para avaliar o financiamento e a disponibilidade de outros recursos (por ex., produtos médicos, equipamento, pessoal e tecnologia) da unidade de saúde.

Estudo-piloto e normalização dos instrumentos

Cada equipa procedeu a um teste prévio dos instrumentos nos distritos de saúde, fora dos distritos seleccionados para o estudo. Os distritos seleccionados para estudos-piloto foram-no com determinado propósito. Os dados do estudo-piloto foram analisados e usados para afinar os instrumentos de recolha de dados, antes de as equipas iniciarem o estudo principal.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Dados quantitativos

Os dados recolhidos foram duplamente verificados pelos supervisores no terreno, antes de introduzidos nos computadores, usando o EPI-Info por pessoal formado em introdução de dados. Todos os ficheiros de dados foram continuamente verificados e limpos por supervisores da introdução de dados e novamente verificados por um técnico superior de estatística, antes de serem usados para análise nos SPSS. Usou-se a estatística descritiva para caracterizar os respondentes e quadros de distribuição da frequência e gráficos ilustrativos na apresentação dos dados.

Dados qualitativos

Todas as entrevistas foram gravadas e, em simultâneo, tomaram-se notas pormenorizadas sobre os sinais não verbais e as referências verbais. As entrevistas gravadas foram transcritas de acordo com as regras-padrão (MacLean, Meyer e Estable 2004) e traduzidas para francês e inglês pelas equipas nacionais. Fizeram-se actas pormenorizadas de todas as reuniões com as partes interessadas, as quais foram posteriormente cuidadosamente transcritas. Todos os dados textuais foram introduzidos no programa AtlasTi e codificados de acordo com uma lista de códigos estabelecida pela equipa do projecto. As referências

por código e os memorandos foram analisados de acordo com os temas emergentes, usando a funcionalidade de visualização de rede do programa AtlasTI, para a análise qualitativa (www.atlasti.com).

Estudos de caso

Os estudos de caso permitiram avaliações aprofundadas das realidades da prestação de cuidados de saúde essenciais nos locais do estudo. Os resultados das entrevistas com os gestores da saúde foram apresentadas neste relatório sob a forma de caixas.

3.6 CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

Enumeram-se, em seguida, os passos dados para assegurar que o estudo cumpria os padrões éticos exigíveis:

- (a) A proposta base da investigação foi submetida à aprovação ética, através da Comissão da OMS para a Análise Ética da Investigação.
- (b) Cada uma das 13 equipas participantes na investigação obteve a aprovação dos Conselhos de Revisão Institucional (IRB) nacionais e a autorização dos governos, conforme o caso, excepto na República Democrática do Congo, onde apenas se fez um conjunto de documentos para autoridades dos dois locais.
- (c) Todos os membros das equipas receberam instruções claras para garantir o respeito, a protecção e a promoção dos direitos dos participantes no estudo.

O consentimento informado foi pedido a todos os participantes no estudo e foi garantido o anonimato relativamente a todos os dados de entrevista, gravados ou reproduzidos. O formulário de consentimento continha informação sobre a finalidade do estudo, a composição da equipa, a duração prevista do estudo e a duração estimada das entrevistas e discussões. Descrevia igualmente o direito do participante a recusar a sua participação no estudo ou a não responder a questões específicas, sem quaisquer consequências, e as medidas tomadas para garantir a confidencialidade, bem como a pessoa de contacto,

em caso de necessidade de recolher posteriormente mais informação. A ficha de informação e os processos de consentimento foram elaborados para cada tipo de respondentes, de modo a assegurar a clareza dos termos e condições do estudo.

3.7 CRONOLOGIA DO ESTUDO

Em Maio-Junho de 2010, foi feito um teste prévio dos instrumentos de recolha de dados, tendo essa recolha sido realizada entre Julho de 2010 e Março de 2011, em todos os locais do estudo. Devido à sua natureza multinacional, que implicava o envolvimento de cientistas de diversas disciplinas e formações, realizaram-se nove acções de formação, para garantir a implementação-padrão do protocolo do estudo, a recolha de dados válidos e comparáveis e a interpretação dos resultados.

- Redacção de um projecto de protocolo do estudo, Brazzaville, República do Congo, Outubro de 2009.
- Finalização do protocolo do estudo com cientistas dos países participantes, Brazzaville, Abril de 2010.
- Acção de formação para normalizar os instrumentos do estudo após os testes prévios, Ouagadougou, Burkina Faso, Agosto de 2010.
- Formação dos gestores de dados e sociólogos sobre Atlas.Ti, Epi-Info e SPSS, Ouagadougou, Novembro de 2010.
- Formação dos gestores de dados e sociólogos sobre Atlas.Ti, Epi-Info e SPSS, Ibadan, Nigéria, Janeiro de 2011.
- Análise preliminar dos dados, Brazzaville, Junho de 2011.
- Acção de formação para análise final e redacção do relatório, Ouagadougou, Outubro de 2011.
- Reunião de análise por peritos, Brazzaville, Maio de 2012.
- Reunião final de análise por peritos, Brazzaville, Junho de 2012.
- Uma sessão de informação para os Ministros da Saúde dos países participantes, teve lugar em Genebra, Suíça, a 20 de Maio de 2012.

3.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo tinha três grandes limitações que deverão ser tidas em conta na interpretação dos resultados:

- (a) Em primeiro lugar, o estudo incidia sobre a percepção e os conhecimentos mas não media a prevalência das doenças. Por isso, os resultados relativos aos problemas de saúde devem ser interpretados nesse entendimento.
- (b) As duas regiões selecionadas por local poderão não ser representativas de todo o país, embora a selecção tenha sido randomizada. Para minimizar esta limitação, os dados foram confirmados por entrevistas com os prestadores de cuidados de saúde de todos os níveis (desde o nível comunitário ao nacional), e foi feita uma análise aprofundada da literatura, para validar os resultados.

- (c) Existe a possibilidade de parcialidade, por parte da equipa de investigação e dos respondentes, que poderá ter influenciado as respostas às perguntas do estudo. Para resolver este problema, criaram-se várias medidas que garantissem uma recolha normalizada dos dados (incluindo a elaboração de um manual de formação) e organizaram-se sessões de formação pormenorizadas com a equipa do estudo, em cada um dos locais. Os investigadores participaram também em várias acções de formação, para garantir que o efeito de qualquer viés individual fosse minimizado.

Procedeu-se à triangulação dos dados de vários instrumentos de recolha de dados, para minimizar as fraquezas dos três métodos usados neste processo.

4 Resultados

4.1 INFORMAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Realizou-se um inquérito a 10 932 chefes de família (HHH) ou seus representantes, em 13 locais de dez países: Argélia, Camarões, República Centro-Africana (RCA), República Democrática do Congo (RDC Oriental, RDC Ocidental), Quênia, Níger, Nigéria (Noroeste, Sudeste, Sudoeste), Senegal, África do Sul e Uganda. O número de participantes por local oscilou entre 799 na RCA e 980 no Quênia. A distribuição das famílias da amostra, nas zonas urbanas, periurbanas e rurais foi, respectivamente, de 33,8%, 33,1% e 33,1%. A maioria dos respondentes vivia na zona do estudo há mais de 25 anos, excepto no Sudoeste da Nigéria, onde a

maioria vivia na comunidade do estudo há 5-10 anos. A amostra global dos Chefes de Família (HHH) ou seus representantes compreendia ligeiramente mais homens (53,2%) do que mulheres, embora esta tendência fosse oposta em seis locais, onde a maioria dos respondentes eram mulheres. Este último grupo de locais incluía a África do Sul (67,3%), Uganda (63,9%), RDC Oriental (55,1%), Quênia (54,5%), Senegal (53,3%) e Sudoeste da Nigéria (51,5%). A distribuição dos respondentes por sexo, nas três zonas geográficas (urbanas, periurbanas e rurais) foi semelhante em todos os locais, excepto no Sudoeste da Nigéria, onde a população urbana tinha mais respondentes do sexo masculino. A Figura 1 apresenta a média de idades dos respondentes dos 13 locais.

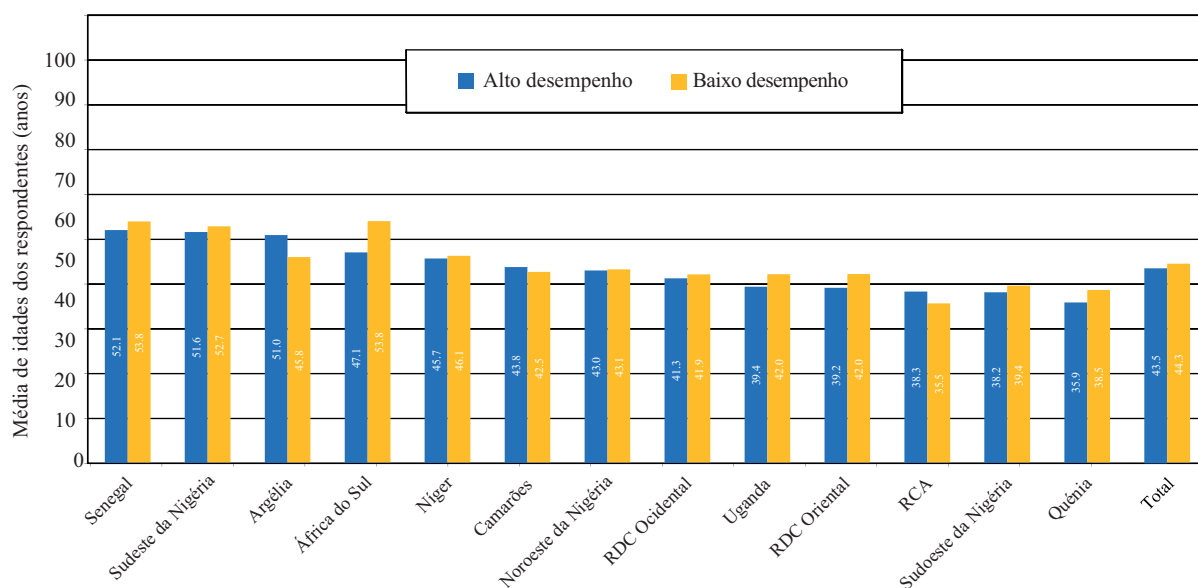


Figura 1 Distribuição da média de idades dos respondentes por regiões de alto e baixo desempenho

A média de idades dos respondentes por local era de 43,9 anos, com os limites de 38,7 e 54,6 anos (Anexo 2). Os homens da amostra eram, em média, mais velhos (45,7 anos) do que as mulheres (41,7 anos). A média de idades dos respondentes era de 43,4, 44,1 e 44,2 anos, respectivamente, nas localidades urbanas, periurbanas e rurais.

Estado civil

A percentagem dos respondentes casados era de 72%. Os restantes pertenciam às seguintes categorias: solteiros (15%), viúvos (8,6%), divorciados (2,3%) e separados (1,4%). Entre os respondentes casados, 26,9% tinham 35–44 anos, enquanto 31,7% dos nunca casados tinha 25–34 anos. Dos respondentes do sexo masculino, 81% eram casados, em comparação com 63,3% das mulheres.

A percentagem de respondentes casados na faixa etária 25–34, por local, era a seguinte: Noroeste da Nigéria (94,6%), Uganda (81,2%), Camarões (67,2%) e RCA (45,4%). A maioria dos respondentes casados, com 35–44 anos, era da Argélia (89,2%), RDC Oriental (84,3%),

RDC Ocidental (80,9%), Quênia (83,2%), Níger (94,2%) e Sudoeste da Nigéria (69,9%).

Religião

A Figura 2 mostra a distribuição dos respondentes por filiação religiosa. Em nove dos 13 locais (Camarões, RCA, RDC Oriental, RDC Ocidental, Quênia, Noroeste da Nigéria, Sudoeste da Nigéria, África do Sul e Uganda), os respondentes eram, predominantemente, cristãos, enquanto o islamismo era a religião predominante na Argélia (100%), Níger (99,4%) e Senegal (98,2%).

Frequência escolar

A percentagem dos respondentes que alguma vez frequentaram a escola, em todos os locais, era de 79,6%, oscilando entre 57%, no Níger, e 92%, nos Camarões. Uma elevada percentagem dos respondentes do Níger (49,4%), Noroeste da Nigéria (32,7%) e Senegal (52,3%) tinha uma educação religiosa ou não formal. A frequência escolar era mais elevada nos homens (83,8%) do que nas mulheres (74,8%).

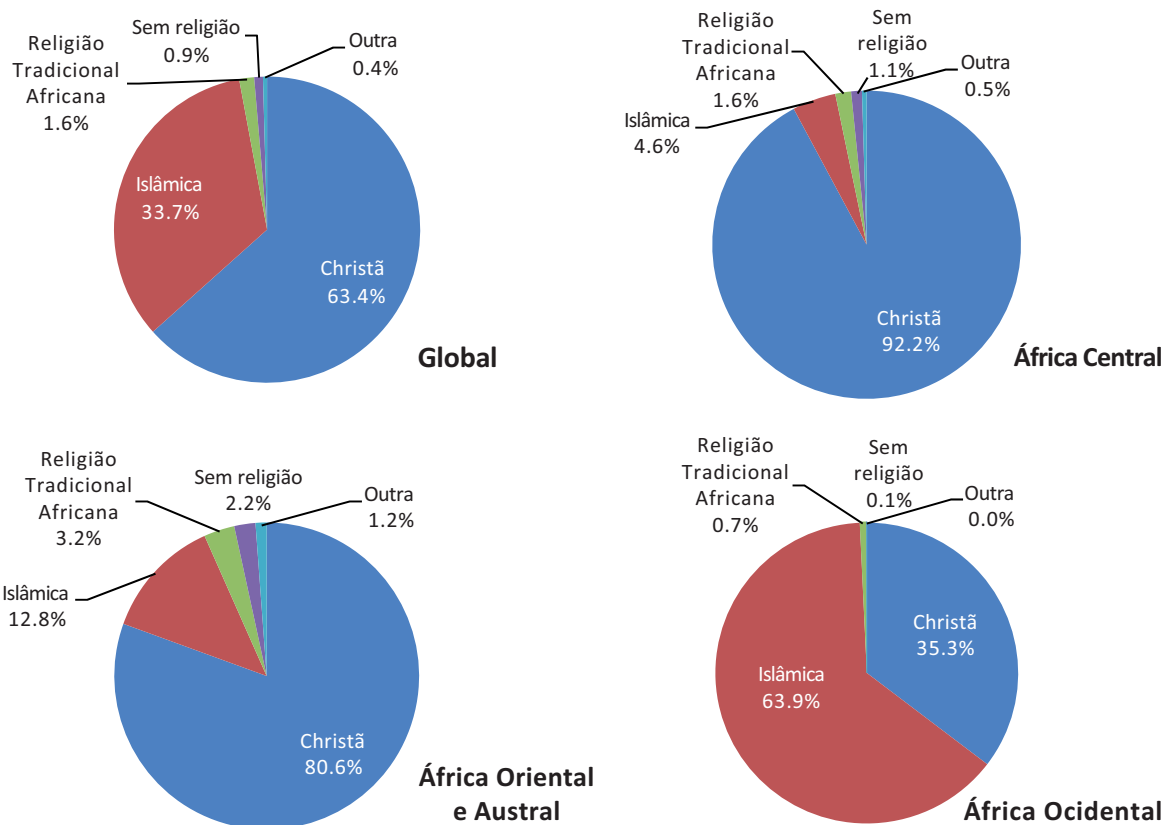


Figura 2 Distribuição dos respondentes por filiação religiosa, global e por Sub-Regiões

A Figura 4 mostra que em oito locais (Argélia, Camarões, RCA, RDC Ocidental, Níger, Sudeste da Nigéria, Noroeste da Nigéria e Senegal), mais de 50% dos respondentes que

tinham frequentado a escola eram homens e em cinco dos locais (RDC Oriental, Quênia, Sudoeste da Nigéria, África do Sul e Uganda) mais de 50% eram mulheres (Figura 4 e Anexo 3).

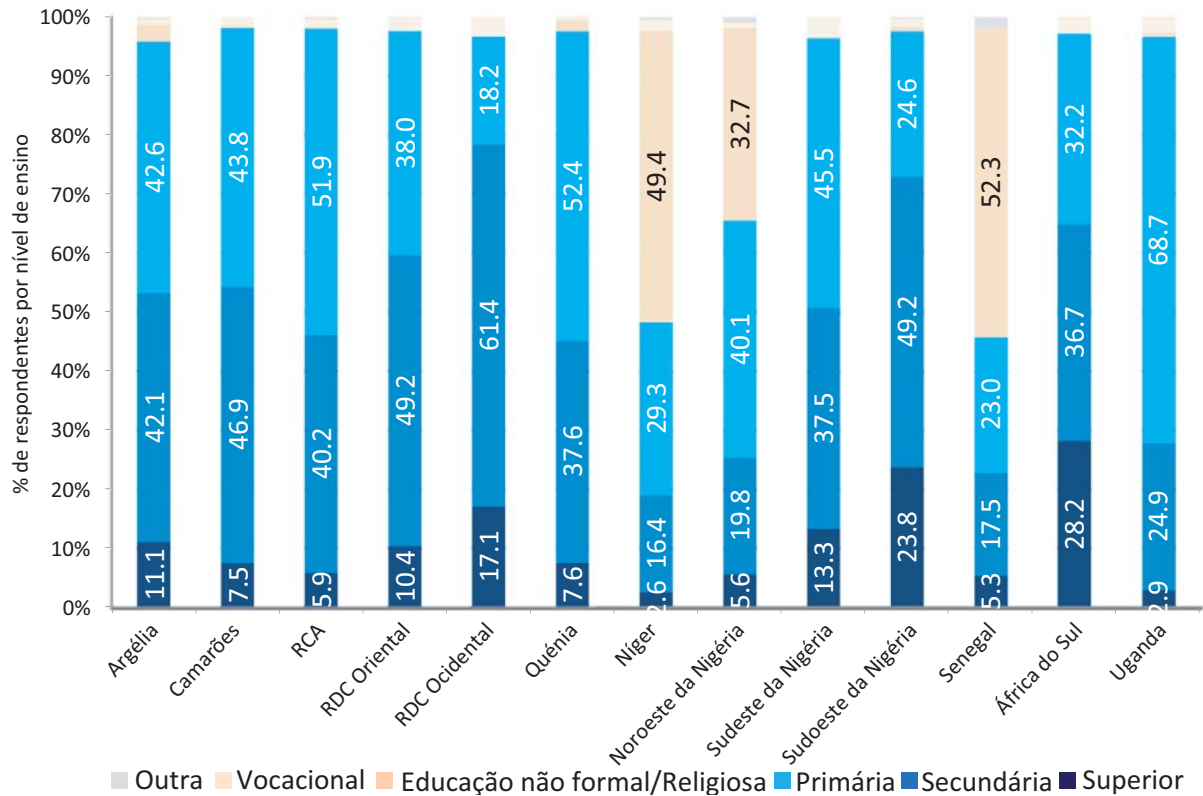


Figura 3 Distribuição do nível mais elevado de ensino dos respondentes, por local

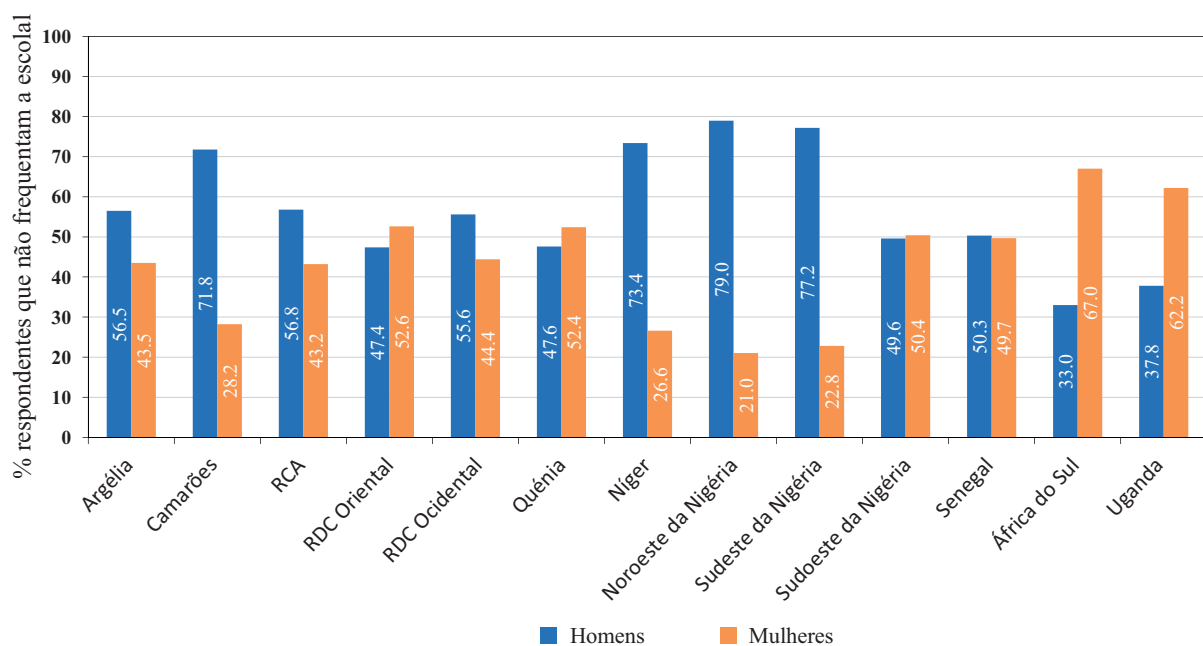


Figura 4 Distribuição dos respondentes que frequentaram a escola, por local

Participação em actividades geradoras de rendimentos

Mais de 60% dos respondentes participavam em actividades geradoras de rendimentos (AGR)⁵, com excepção da África do Sul, onde apenas 41,3% tinham um rendimento. Dos que tinham frequentado a escola, mais de 60% participavam em AGR, observando-se a maior percentagem no Sudoeste da Nigéria (89,1%) e a mais baixa na África do Sul (43,5%). Entre aqueles que nunca tinham frequentado a escola mas participavam em AGR, o nível mais elevado registou-se, de igual modo, no Sudoeste da Nigéria (88,4%) e o mais baixo África do Sul (32,9%).

Relativamente à distribuição dos sexos por local, 84,1% dos homens e 68,4% das mulheres participavam em AGR. Os homens do Noroeste da Nigéria (95,4%) participam mais em actividades geradoras de rendimentos, enquanto na África do Sul (49,5%) a percentagem é a mais baixa. Entre as mulheres, a maior percentagem registou-se no Noroeste da Nigéria (88,6%), enquanto a mais baixa foi na África do Sul (37,3%). Nas regiões de alto desempenho, 79,4% dos respondentes indicaram que estavam envolvidos em AGR, enquanto nas regiões de baixo desempenho, essa percentagem era de 74% ($p < 0.001$). A análise por local revelou que o Noroeste da Nigéria tinha uma maior percentagem de respondentes envolvidos em AGR, tanto nas regiões de alto desempenho (95%) como nas regiões de baixo desempenho (91,9%).

5 As actividades geradoras de rendimentos incluem a agricultura, caça, pesca, criação de gado, pequeno comércio, emprego pago/assalariado, artesanato e negócios.

A distribuição das AGR, após conflitos nos países (locais do estudo da RCA, RDC Oriental e Ocidental), nas regiões de alto desempenho, era, respectivamente, de 83,2%, 76% e 72,9%, enquanto nas regiões de baixo desempenho se registavam, respectivamente, percentagens de 87,6%, 65,5% e 74%.

4.2 PERCEPÇÃO DAS COMUNIDADES SOBRE SAÚDE E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O conceito que as comunidades têm de saúde, e que ressalta dos dados qualitativos, inclui o bem-estar espiritual. Os respondentes descreveram boa saúde como a capacidade de trabalhar e se deslocar, bem como os aspectos emocionais, psicológicos, económicos, mentais e espirituais da saúde. Na secção de debate, apresenta-se uma representação e reconstrução da percepção das pessoas.

Sinais e definição de boa saúde, de acordo com os pontos de vista dos respondentes

Pediu-se aos respondentes que dissessem o que consideravam sinais de boa saúde. Os sinais físicos foram o indicador de boa saúde mais frequentemente referido: capacidade de trabalhar; locomoção; participação em actividades com exercício físico; e ausência de dores. Embora a ansiedade e a depressão também tenham sido referidas, a frequência foi mais baixa, como de mostra no Quadro 1.

A “capacidade de trabalhar” teve uma posição elevada na RDC (zona urbana, 72%; periurbana, 90%; e rural, 85,2%); e no Noroeste da Nigéria

Quadro 1 Sinais de boa saúde, por localidade

Sinais	Urbana		Periurbana		Rural	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Capacidade de trabalhar	2786	23.1	2791	21.8	2838	21.5
Locomoção	2336	19.3	2440	19.1	2445	18.5
Participação em actividades com exercício físico	1208	10.0	1351	10.6	1369	10.4
Ausência de dores	1161	9.6	1231	9.6	1177	8.9
Capacidade de dormir e acordar	854	7.1	1015	7.9	1022	7.8
Capacidade de cuidar de si próprio	793	6.6	883	6.9	910	6.9
Ausência de tristeza e depressão	613	5.1	640	5.0	636	4.8
Ausência de ansiedade e preocupações	595	4.9	540	4.2	450	3.4

(zona urbana, 96,1%; periurbana, 87,9%; e rural, 94,6%). Na Argélia, a capacidade de trabalhar foi referida por 73,2% nas zonas periurbanas, 58,8% nas rurais e 55,4% nas urbanas.

Os membros das comunidades expressaram o que consideravam sinais de boa saúde, através dos FGD, conforme se ilustra nas seguintes citações.

“Quando digo que alguém é saudável, quero dizer que a pessoa não sofre de nenhuma doença. A pessoa desloca-se bem e com energia. Uma pessoa que seja saudável não pode estar deitada. Terá de se deslocar, desempenhando as suas funções e deveres normais. Não se queixa de dores de cabeça” (FGD, homens urbanos).

O nível de rendimentos foi também visto como medida de uma boa saúde:

“Sem dinheiro para satisfazer as nossas necessidades, não podemos ter saúde ... por exemplo, as pessoas que não têm dinheiro, ficam muito fracas e doentes ... mas as pessoas ricas são saudáveis porque podem comprar o básico ... a pobreza é a causa determinante da falta de saúde. Está na origem de elevadas taxas de natalidade e, conseqüentemente, conduz à má-nutrição e à falta de saúde. Por isso, dizer que uma pessoa é saudável significa que tem uma boa situação económica para satisfazer as suas necessidades básicas” (FGD, homens adultos rurais).

Noutros debates, as opiniões foram mais elaboradas.

“Saúde é vida. É a protecção do corpo contra todas as doenças. Ter um corpo saudável é ter boa visão e uma excelente audição, comer boa comida, porque isso permite à pessoa a desempenhar bem as suas funções e lhe dá poder para participar em questões da sociedade. Isso é saúde” (FGD, mulher jovem rural).

A dimensão espiritual da saúde foi repetidamente referida pelos participantes no estudo. Uma amostra de citações de vários países representa essa dimensão.

“O que eu penso, acho que não estou errado, mas o conceito que tenho de boa saúde é que ela deve ser espiritual, assim

como física. Pode ter-se boa saúde física mas não espiritual. O mais importante é estar de boa saúde espiritual e física. É isto que eu queria dizer” (FGD homens adultos).

“Quando vou à igreja, adoro o meu Deus em paz, o meu coração está tranquilo, pela minha parte, estou de boa saúde. Nada perturba o meu coração, não estou ansioso e, por isso, sei que estou de boa saúde” (FGD, homens adultos).

“Temos categorias – saúde mental, saúde física e saúde espiritual. Na minha opinião, essa pessoa é saudável” (FGD, homem jovem urbano).

“Pode ser-se biológica ou espiritualmente saudável” (FGD, homem jovem urbano).

“Significa que, se a pessoa está bem física, mental e espiritualmente ou noutro aspecto, é porque está saudável” (FGD, mulher jovem periurbana).

Problemas de saúde comuns na percepção das comunidades

O paludismo foi referido como o problema de saúde mais comum em todos os locais, excepto na Argélia e na África do Sul (Figura 5). Quase três quartos dos respondentes (73,3% das zonas urbanas, 76,3% das zonas periurbanas e 74,9% das zonas rurais) referiram o paludismo como o maior problema de saúde nas suas famílias. Os principais problemas de saúde referidos nas famílias de todos os locais são apresentados no Quadro 2. É de notar que, embora os respondentes referissem o VIH/SIDA como um problema de saúde comum, ele foi referido por menos de 15% dos respondentes.

As percentagens de famílias que referiram o paludismo como um importante problema de saúde, nas diferentes localidades, são apresentadas na Figura 5. O paludismo tinha uma prioridade alta em 11 dos 13 locais, com a RDC Ocidental, o Sudeste da Nigéria, o Senegal e o Uganda registando os níveis mais elevados. A informação fornecida pelos participantes nos FGD e nas IDI, bem como nos estudos de casos com agentes de saúde, corroborou os resultados quantitativos.

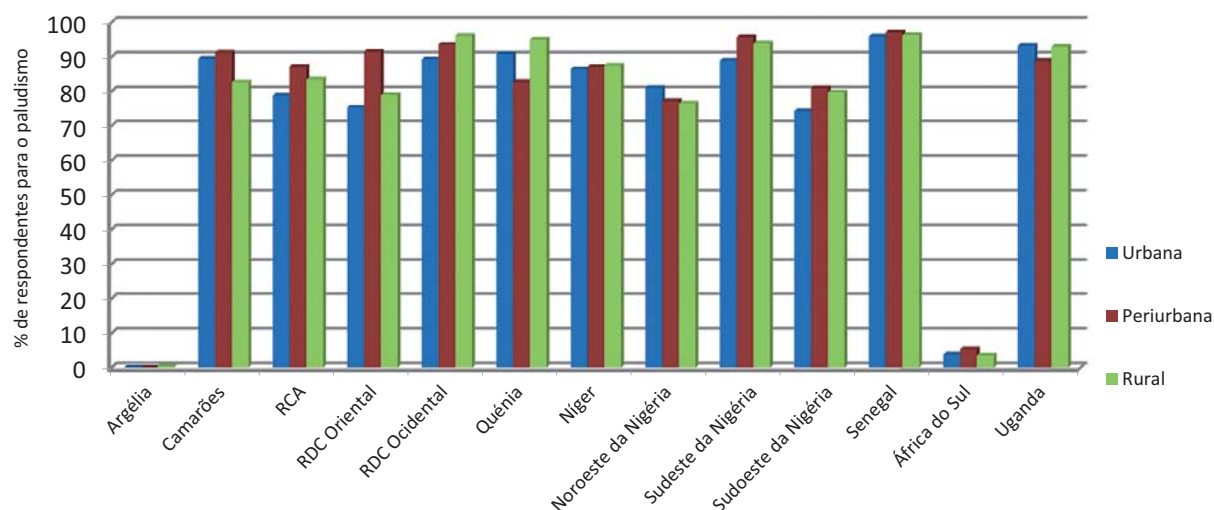


Figura 5: Percentagem que referiu o paludismo como um problema de saúde comum, por local

Quadro 2 Principais 10 problemas de saúde mais comuns na percepção das pessoas, por localidade

Problema de saúde	Urbana		Periurbana		Rural	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Paludismo	2683	73.3	2748	76.3	2700	74.9
Febres	1711	46.8	1712	47.5	1793	49.7
Diarreia	741	20.3	965	26.8	1037	28.8
Hipertensão	1055	28.8	1060	29.4	1000	27.7
Problemas respiratórios	818	22.4	949	26.3	989	27.4
Artrite	702	19.2	868	24.1	842	23.3
Diabetes	761	20.8	710	19.7	727	20.2
Problemas oculares	576	15.7	753	20.9	826	22.9
Dores	597	16.3	745	20.7	763	21.2
Vómitos em crianças	495	13.5	653	18.1	685	19.0

Caixa I: Problemas de saúde comuns nos locais do estudo - opiniões dos agentes de saúde (estudos de caso)

1.1 “O paludismo é, evidentemente, endémico na Nigéria e ...não pode ser uma excepção (aqui) mas também sei que o ambiente explica a elevada taxa de paludismo na área do governo local (AGL). Aqui onde estamos, temos muitos arbustos à nossa volta e ainda não conhecemos o uso de redes impregnadas com insecticida, que foi defendido na Nigéria e no mundo em geral. Se tivéssemos redes mosquiteiras tratadas, provavelmente a taxa baixaria” (chefe do distrito de saúde).

1.2 “O distrito trata das seguintes doenças: paludismo, oncocercose, diarreias, disenteria, cólera, tuberculose, úlcera de Buruli, VIH/SIDA (PTV); fornece produtos como as vacinas, mosquiteiros tratados com insecticida, luta contra os parasitas nas unidades de saúde e nas escolas. O distrito está também encarregado da supervisão das actividades e dos relatórios de progresso nas áreas de saúde que estão dependentes do nível regional” (responsável médico do distrito).

1.3 “Aproximadamente, 50% deles (naturais desta comunidade) recorrem à medicina tradicional. ... eles são, predominantemente, agricultores, por isso não têm dinheiro para recorrer aos hospitais particulares que há por aí, e então recorrem à medicina tradicional, mesmo para os partos. É uma experiência muito má, mesmo para os partos recorrem à medicina tradicional. Fazem isso, porque o centro de saúde fica muito longe daqui e os hospitais públicos, quando lá vamos, é preciso ter dinheiro, é preciso ter muito dinheiro, para pagar os serviços de saúde que eles prestam...” (líder comunitário).

Doenças não transmissíveis: hipertensão

A hipertensão foi referida nos 13 locais, com algumas diferenças acentuadas entre os locais e mesmo no seu seio. Os respondentes das zonas periurbanas da Argélia e da RDC Ocidental referiram a hipertensão como uma doença comum, enquanto nas zonas rurais do Níger, Sudeste da Nigéria, Senegal, África do Sul e Quênia foram referidos níveis mais elevados do que nas zonas urbanas e periurbanas, como mostra a Figura 6.

Doenças não transmissíveis, segundo a percepção dos respondentes: diabetes

Os resultados sobre a diabetes seguiam de perto o padrão da hipertensão, com a Argélia, RDC Ocidental, Sudeste da Nigéria, Senegal e África do Sul registando níveis elevados de conhecimentos, conforme mostra a Figura 7.

As Sub-Regiões revelaram diferenças na referência aos diferentes problemas de saúde. A Figura 8 mostra as diferenças regionais, para as quatro afecções mais frequentemente referidas, designadamente, a febre, o paludismo, a diabetes e a hipertensão.

Problemas de saúde comuns entre as crianças, segundo os respondentes

O paludismo e as febres foram os problemas de saúde das crianças mais comumente referidos nas três Sub-Regiões (Figura 13). Quase

um terço (32,5%) dos respondentes referiram a anemia como um problema comum da saúde das crianças na África Central, enquanto apenas 6,7% e 5,8% identificaram o mesmo, respectivamente, nas Sub-Regiões da África Oriental e Austral e África Ocidental. O padrão referido das doenças das crianças seguiu de perto o da população em geral, que é apresentado na Figura 9. No entanto, havia diferenças significativas entre as Sub-Regiões, como mostra a Figura 10.

Problemas de saúde comuns entre as mulheres (15-49 anos), por localidade e Sub-Região

Para as mulheres em idade fértil (15-49 anos), o problema de saúde mais comum referido foi o paludismo, seguido pelas dores e as febres. É importante notar o reconhecimento crescente da hipertensão e da diabetes entre os respondentes urbanos, periurbanos e rurais, como se mostra na Figura 11.

Havia também diferenças entre as Sub-Regiões ($p < 0.001$). Relativamente ao paludismo, 64%, 52,7% e 50,7% dos respondentes, respectivamente, das Sub-Regiões da África Central, Ocidental e Oriental e Austral referiram o paludismo como o problema mais comum. Do mesmo modo que a tendência na população em geral, as DNT (diabetes e hipertensão) receberam mais referências nas Sub-Regiões Ocidental e Oriental e Austral do que na Sub-Região Central, como mostra a Figura 12.

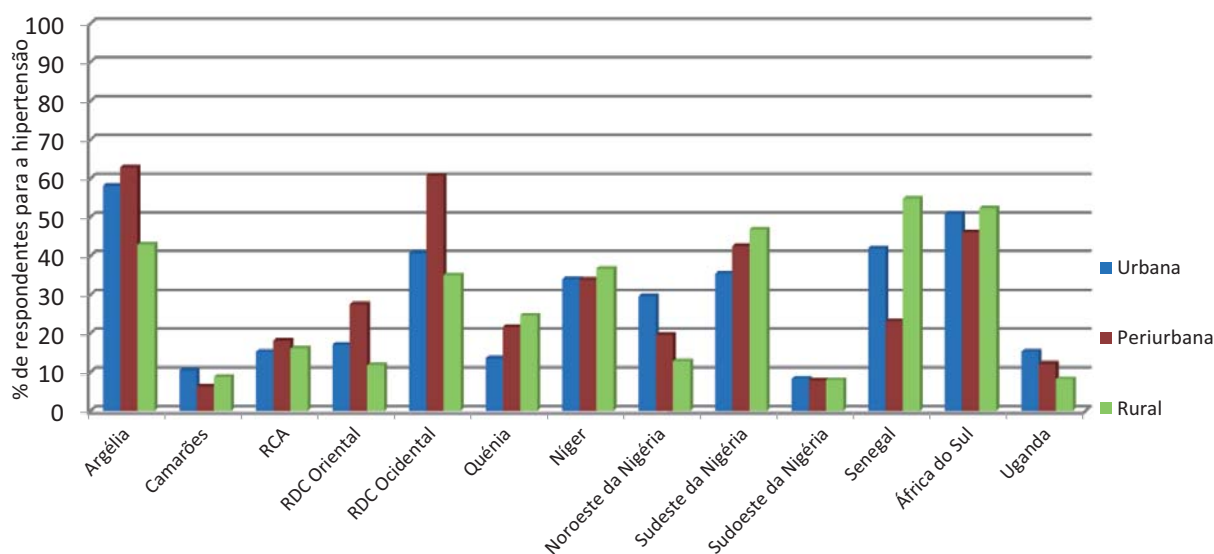


Figura 6: Percentagem dos respondentes que referiram a hipertensão como problema de saúde comum, por local

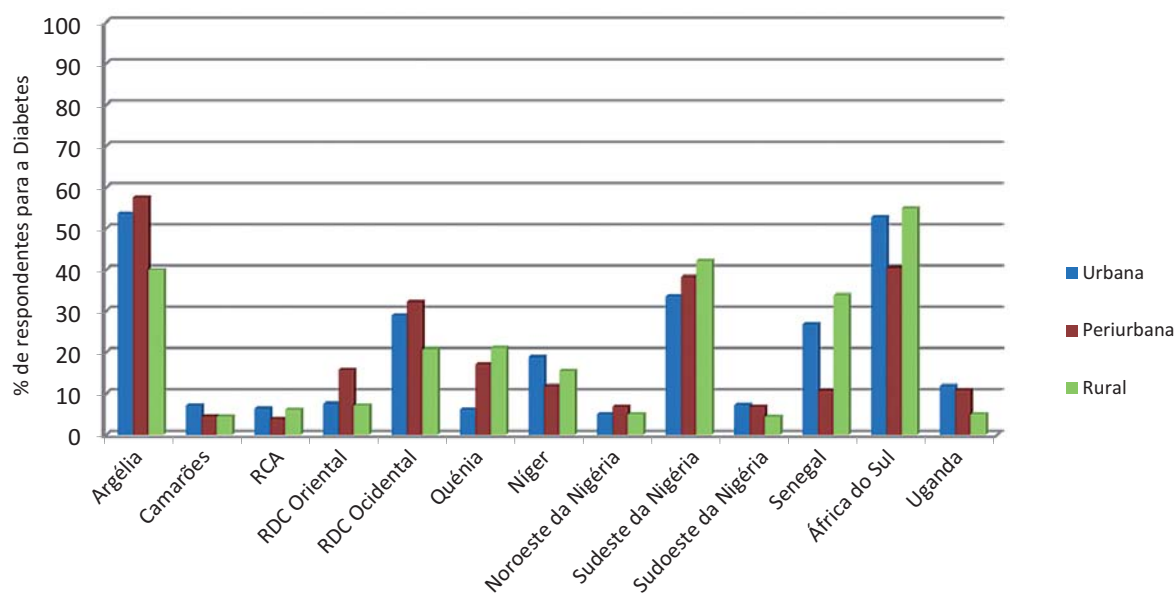


Figura 7: Percentagem dos respondentes que referiram a diabetes como problema de saúde comum, por local

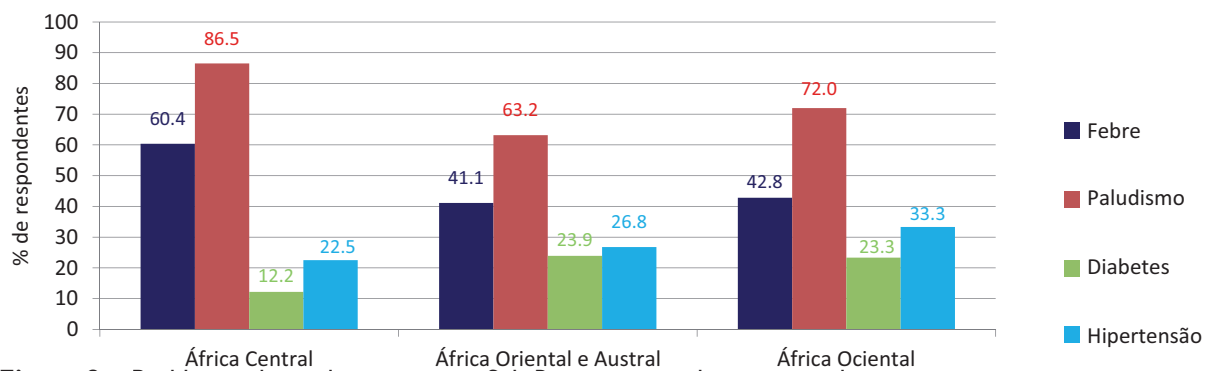


Figura 8: Problemas de saúde comuns nas Sub-Regiões, segundo os respondentes

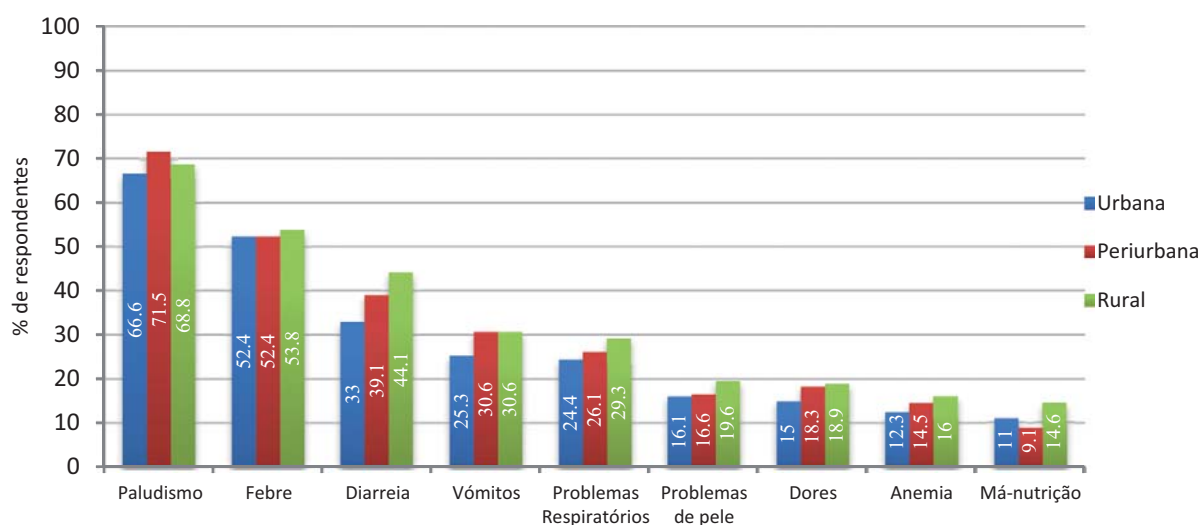


Figura 9: Problemas de saúde comuns entre as crianças, por localidade

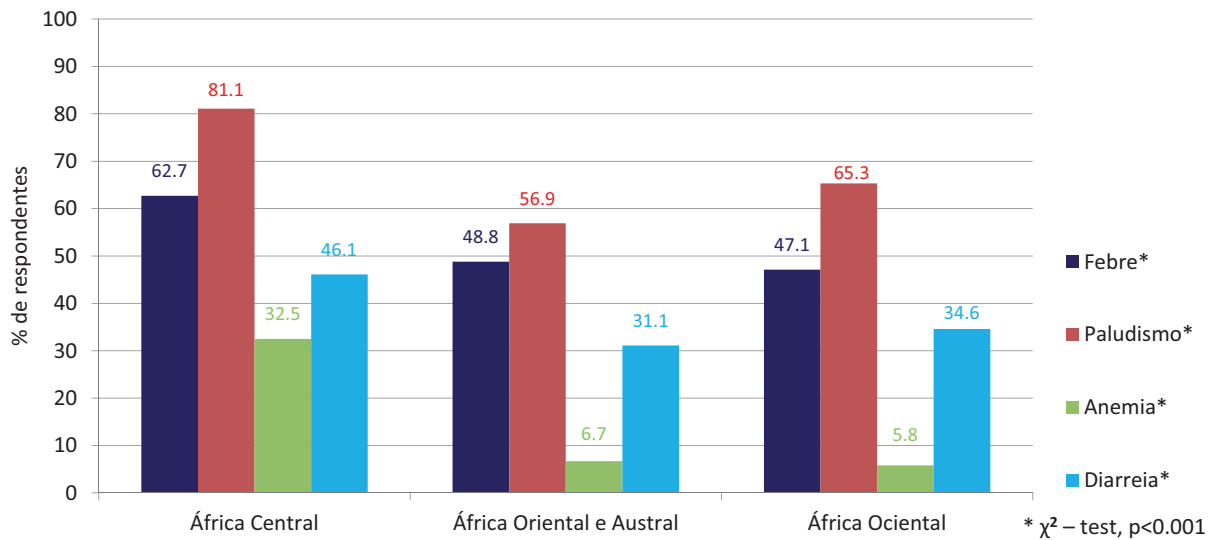


Figura 10: Problemas de saúde comuns entre as crianças nas Sub-Regiões

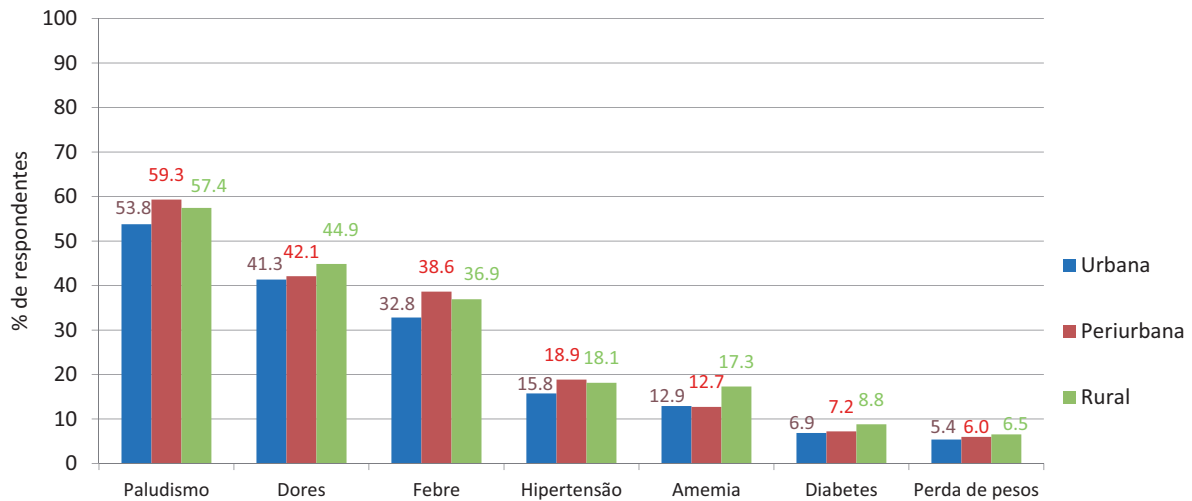


Figura 11: Problemas de saúde comuns entre as mulheres (15-49 anos), por localidade

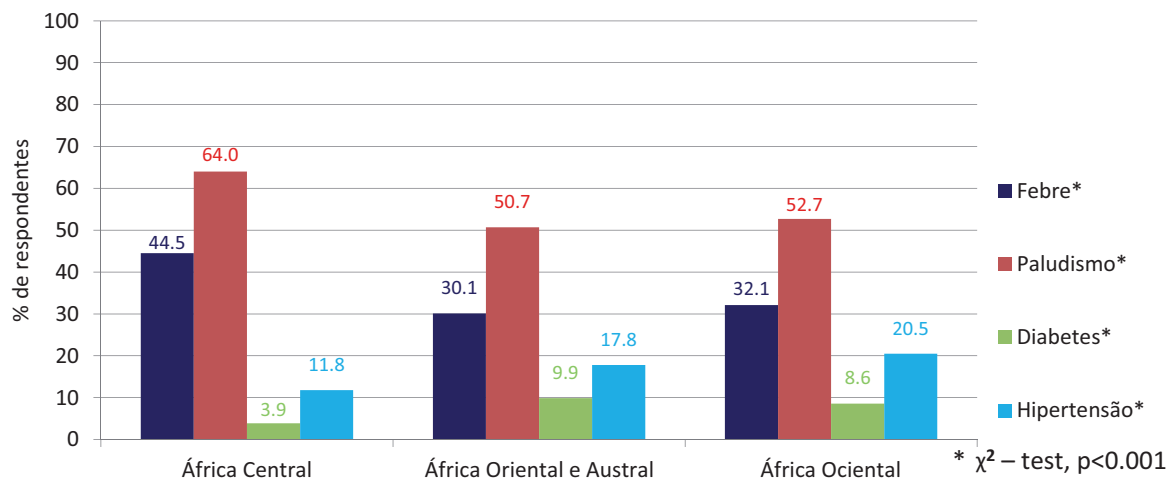


Figure 12: Problemas de saúde comuns entre as mulheres (15-49 anos), por Sub-Região

Problemas de saúde comuns entre as pessoas idosas, por localidade e Sub-Região

Em relação às pessoas idosas, a artrite foi referida como o problema de saúde mais comum, seguida da hipertensão e do paludismo. Os problemas oculares e a diabetes foram também referidos como problemas comuns, como se mostra no Anexo 5.

Os problemas de saúde entre as pessoas mais idosas mostravam uma mudança para as DNT, independentemente das Sub-Regiões. Isso aconteceu, particularmente, no caso dos respondentes da Sub-Região Oriental e Austral e da Sub-Região Ocidental (Figura 13).

Na Sub-Região Oriental e Austral, a diabetes e a hipertensão foram mais referidas do que o paludismo e as febres nas pessoas mais idosas. Na Sub-Região Central, o paludismo continuou a ser o primeiro problema de saúde entre as pessoas mais idosas, sendo referido por 46,2% dos respondentes. Como se mostra na Figura 13, na Sub-Região Oriental e Austral, assim como na Sub-Região Ocidental, a hipertensão foi o problema de saúde das pessoas idosas mais frequentemente referido, por 38,7% e 41,1% dos respondentes, respectivamente. Na Sub-Região Central, o principal problema de saúde era o paludismo (46,3%), seguido da hipertensão (41,4%). Para o paludismo e a diabetes, havia diferenças significativas entre as Sub-Regiões ($p < 0.001$),

enquanto para a hipertensão, não se registou qualquer diferença ($p = 0.064$).

A anemia e as doenças diarreicas, contudo, desalojaram as DNT registadas entre as mulheres (15–49 anos). A seguir às febres vinham as doenças diarreicas, que forma mencionadas, respectivamente, por 46,1%, 31,1% e 34,6% dos respondentes nas Sub-Regiões Central, Oriental e Austral e Ocidental.

Alguns dos problemas de saúde identificados através das entrevistas às famílias foram confirmados durante as IDI e os FGD. No entanto, havia algumas afecções identificadas nos FGD que não eram frequentemente referidas através das entrevistas aos membros das comunidades e ao pessoal de saúde, por exemplo:

“A elefantíase – os membros das comunidades não sabem qual a causa da doença. A maioria associa-a a determinados tipos de alimentos ou a determinadas tarefas” (IDI, prestador de cuidados de saúde, rural).

“O problema de saúde mais importante nas nossas comunidades é a forma como fazemos filhos, sem o devido planeamento. ... A sua diferença de idades é muito pequena e não têm a alimentação apropriada. Isso está na origem da malnutrição. Além da fome, não existe praticamente nenhuma outra doença que mate as crianças. A má-nutrição é a maior causa de

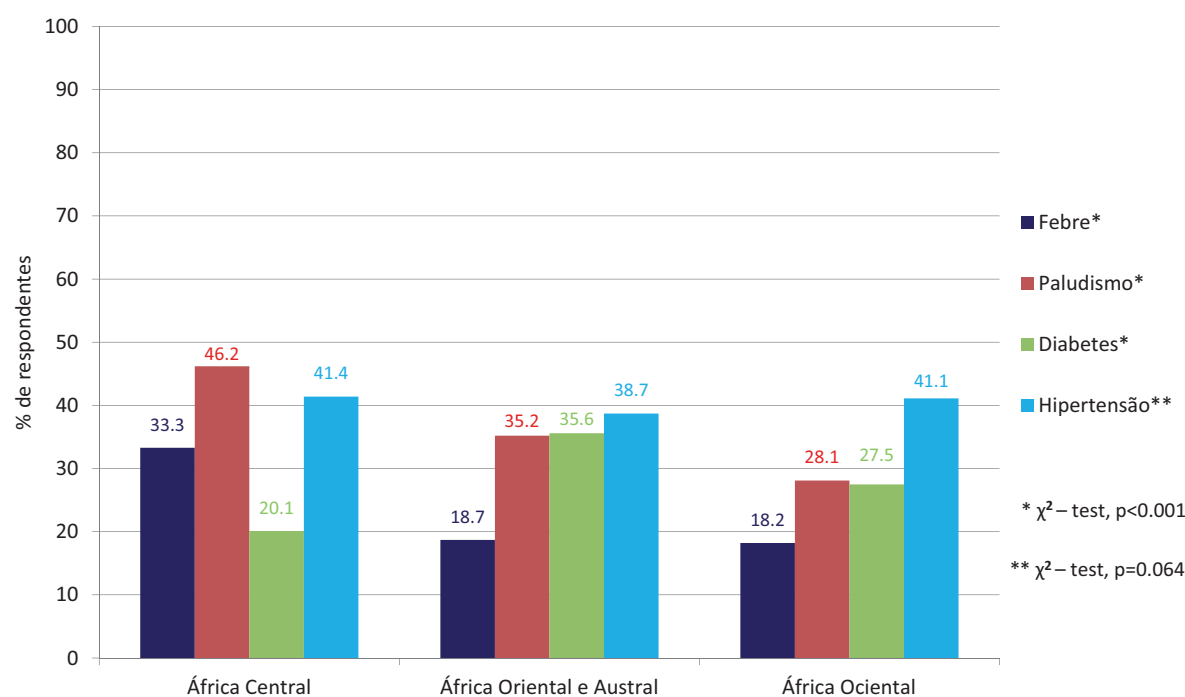


Figura 13: Problemas de saúde comuns entre as pessoas idosas, nas Sub-Regiões

morte nas nossas comunidades. ...As crianças sofrem de parasitas e as suas mães não as levam aos centros de saúde para serem medicadas” (FGD, homens adultos, rurais).

Percepção sobre as causas das doenças

As discussões a nível das comunidades identificaram as causas prováveis das doenças mais comuns, como se ilustra nas citações que se seguem.

“Vivemos numa zona pantanosa, onde os mosquitos proliferam e só agora é que as pessoas começam a perceber que os casos que pensavam ser devidos a bruxaria eram afinal causados pelo paludismo e pelos anofeles. Agora sabem quais são os sinais e os sintomas do paludismo” (IDI, implementador comunitário, periurbano).

“Estas doenças são causadas por falta de higiene, pelo vento e pela poeira. Por isso, na minha opinião, para evitarem estas doenças, as pessoas têm de seguir e promover regras de higiene. As pessoas devem limpar, varrer, lavar regularmente e cuidar da higiene das suas crianças” (IDI, mulher adulta, líder de OBC, urbana).

“A causa destas doenças é a falta de limpeza. Há muito lixo por aí e há promiscuidade sexual” (FGD, homem adulto, periurbano).

Medidas que as pessoas tomam para conservarem a sua boa saúde

A maioria dos respondentes referiu uma alimentação saudável, seguida pelas práticas de higiene e pela rápida procura de tratamentos, como

medidas que as pessoas devem tomar para manterem uma boa saúde. Embora também fossem referidos a fuga aos factores de risco e a prática de exercício físico, a sua classificação pelos respondentes não foi muito elevada. Os resultados estão resumidos no Quadro 3.

Observaram-se várias diferenças entre os locais do estudo. Na Argélia, a prática de exercício regular foi muito referida, especialmente nas zonas periurbanas, situando-se nos 35%. Nos Camarões, a medida mais referida foi a higiene - zonas urbanas (65%) e periurbanas (54%). No Uganda, a mais referida nas zonas rurais foi a alimentação saudável (24,7%). É curioso que, no Uganda, a fuga aos riscos tivesse uma baixa classificação nas zonas urbanas (6,4%), periurbanas (8,2%) e rurais (4,9%).

Os dados qualitativos ilustravam as opiniões dos participantes sobre as medidas importantes para garantir a saúde:

“Quando alguém diz que está de boa saúde, é porque come bem. E por isso tem de trabalhar, pois a sua saúde assim o permite. Pode ter uma boa vida. Tem de ter dinheiro suficiente para criar os seus filhos” (FGD, homem adulto, urbano).

Percepção sobre o estado de saúde pessoal e da família

Perguntou-se aos participantes: em geral, como classifica a sua saúde actualmente e a saúde da sua família? A Figura 14 ilustra as respostas a estas duas perguntas.

Em comparação com as zonas rurais, existiu uma maior percentagem de membros das famílias das zonas urbanas e periurbanas que referiram estar de boa saúde. A classificação da saúde individual e da família mostrou que os respondentes

Quadro 3 Medidas que as pessoas tomam para manterem a sua boa saúde

Medida	Urbana		Periurbana		Rural	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Alimentação saudável	2375	65.0	2292	64.1	2300	64.2
Higiene apropriada	2154	58.9	2150	60.1	2095	58.5
Exames de saúde regulares	1220	33.4	1144	32.0	1145	32.0
Rápida procura de tratamento	899	24.6	991	27.7	1097	30.6
Fuga aos comportamentos de risco	857	23.4	1057	29.6	992	27.7
Prática de exercício físico	491	13.4	507	14.2	481	13.4
Não sabe	82	2.2	97	2.7	102	2.8

classificavam melhor a saúde da família do que a sua saúde pessoal (Figura 14). Por outro lado, registaram-se diferenças entre as Sub-Regiões, sendo a classificação mais elevada da saúde individual e familiar obtida na região Oriental e Austral, seguida da Sub-Região Ocidental.

Responsabilidade de assegurar a boa saúde das pessoas

As comunidades vêem a prestação de cuidados de saúde como responsabilidade do chefe de família (HHH), em seguida dos governos e, por fim, dos líderes comunitários. Na perspectiva dos respondentes dos diferentes locais, existiam algumas diferenças entre as localidades (Figura 15).

Conhecimento sobre a disponibilidade de serviços de saúde

Quase todos os respondentes (93,5%) sabiam como aceder aos cuidados de saúde, com diferenças (χ^2 -test, $p < 0.001$) entre as províncias de elevado e de baixo desempenho, referindo as primeiras 94,9% de conhecimento, enquanto as segundas registavam 92,2%. As unidades de saúde do sector público eram as principais fontes de serviços de saúde. Estas eram seguidas pelas unidades de saúde privadas das zonas urbanas (55,9%), periurbanas (46,7%) e rurais (44,2%). Outras fontes significativas de cuidados eram os curandeiros tradicionais (17,9%), unidades de cariz religioso (14,7%) e vendedores informais de medicamentos (13,8%) nas zonas urbanas, conforme se ilustra no Quadro 4.

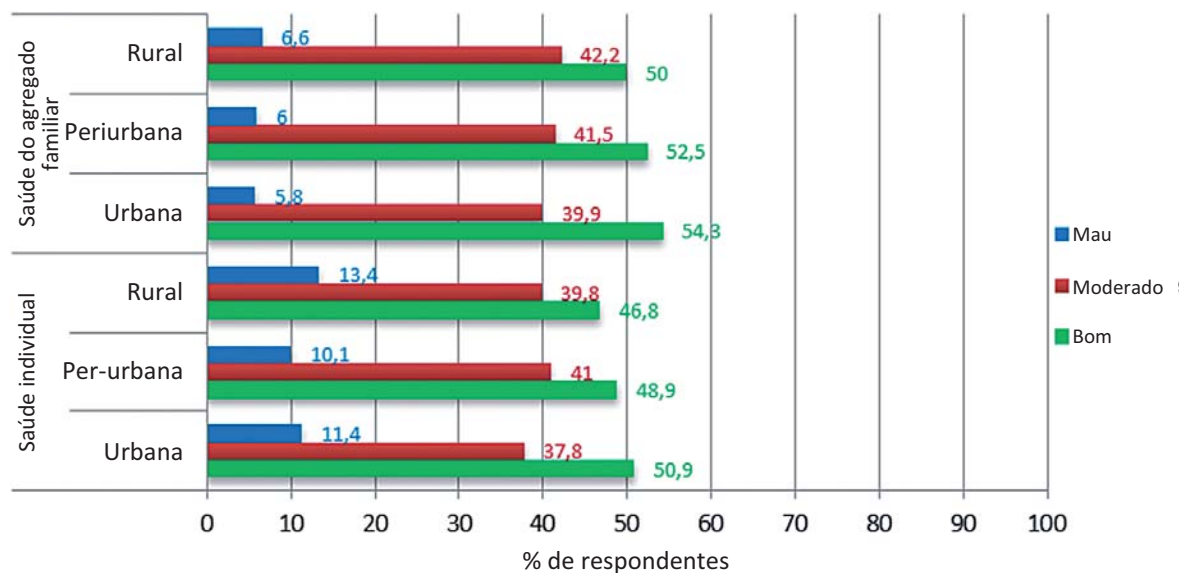


Figura 14: Classificação do estado de saúde pessoal e da família, no momento do estudo

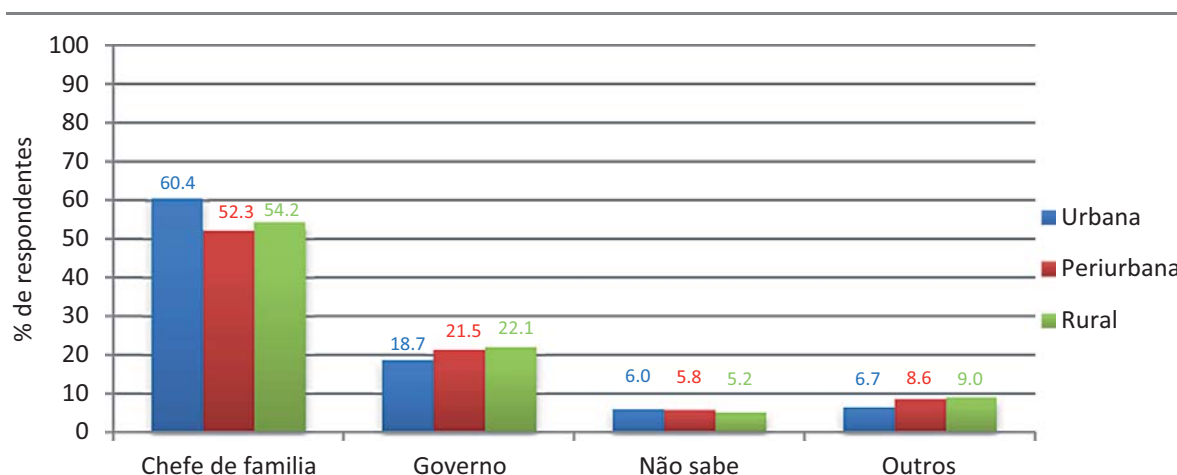


Figura 15: Responsabilidade de assegurar a boa saúde das pessoas, por localidade

Quadro 4 Fontes de cuidados de saúde, por localidade

Fonte	Urbana		Periurbana		Rural		Número total de referências
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	
Unidades de saúde do sector público	2933	85.2	3009	90.1	2893	85.3	8835
Clínicas/hospitais particulares	1926	55.9	1560	46.7	1500	44.2	4986
Centros de saúde de cariz religioso	505	14.7	426	12.8	433	12.8	1364
Curandeiros tradicionais	616	17.9	653	19.6	726	21.4	1995
Curandeiros espirituais	305	8.9	383	11.5	326	9.6	1014
Vendedores informais de medicamentos	476	13.8	496	14.9	489	14.4	1462
Outros	96	2.7	120	3.6	155	4.6	368
Não sabe	15	0.4	17	0.5	13	0.4	45

Quadro 5 Fontes de cuidados de saúde nas Sub-Regiões

Fonte	Sub-Região Central		Sub-Região Oriental e Austral		Sub-Região Ocidental		Número total de referências
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	
Unidades de saúde do sector público	2381	77,1	2293	94.0	4162	89.6	8836
Clínicas/hospitais particulares	1603	51,9	1367	56.0	2017	43.4	4987
Centro de saúde de cariz religioso	690	22,3	426	17.5	248	5.3	1364
Curandeiros tradicionais	711	23,3	352	14.4	932	20.1	1995
Curandeiros espirituais	410	13,3	215	8.8	389	8.4	1014
Vendedores informais de medicamentos	558	18,1	210	8.6	695	15.0	1463
Outros	241	7,8	23	0.9	104	2.2	368
Não sabe	27	0,9	9	0.4	9	0.2	45

Em todas as Sub-Regiões, as unidades do sector da saúde pública e as unidades de saúde privadas são referidas como as principais fontes de serviços de saúde (Quadro 5). Na Sub-Região Ocidental, o uso de centro de saúde de cariz religioso é relativamente marginal (5%), em comparação com a região Oriental e Austral (22,3%) e a Sub-Região Central (17,5%). Nas Sub-Regiões Central e Ocidental, 18,1% e 15% dos respondentes, respectivamente, referiram os vendedores informais de medicamentos.

Os resultados qualitativos apoiam os resultados referidos nos Quadros 4 e 5. Por exemplo, uma jovem do Nordeste da Nigéria observou que “Quando alguém está doente, levamo-lo à unidade pública de saúde para ser tratado”, enquanto um homem adulto participante no mesmo local afirmou que “Além do hospital, também recorremos aos curandeiros tradicionais, para curarem as nossas doenças.” Outros participantes observaram:

“Quanto a mim, se eu adoecer e a doença não for muito grave, não vou logo ao hospital, compro medicamentos a um

vendedor de rua e, se passados dois ou três dias, não me sentir melhor, então vou ao hospital” (FGD, mulher jovem, urbana).

“As pessoas ainda usam práticas antigas, que mantêm os doentes em casa, tais como usar medicamentos tradicionais. Se resultar, tanto melhor, mas se falhar, então trazem os doentes enfraquecidos à unidade de saúde. Esta prática é rara nas cidades, mas mais frequentes nas zonas rurais” (FGD, homens adultos, urbanos).

Serviços prestados pelas unidades de saúde da linha da frente

Pediu-se aos respondentes que identificassem os tipos de serviços a que têm acesso na sua unidade de saúde pública mais próxima. O tratamento de enfermidades foi o serviço mais comum dispensado nas unidades de saúde mais próximas dos respondentes, com percentagens de 79,9% na Sub-Região Central, 54% na África Oriental e Austral e 80,2% na Sub-Região Ocidental, como se mostra no Quadro 6.

Caixa 2: Implementação de serviços essenciais de saúde – opiniões dos agentes de saúde

- 2.1 “Eu diria que o país não sofre com os sistemas, mas sofre por não saber como fazer os sistemas funcionar. Os programas existem, mas não têm o apoio da política. Enquanto trabalhamos, temos dificuldade em manter a satisfação com os serviços de saúde, em todos os momentos. Os nossos serviços não são estáveis, porque dependem do apoio que recebemos. Dou-lhe um exemplo trivial: acabámos a campanha BCG e devíamos ter uma taxa de cobertura superior a 88%; hoje, estamos com uma cobertura de apenas 48%, simplesmente porque não temos seringas. As vacinas existem, mas as seringas não. Há uma série de ocorrências semelhantes que acontecem durante o ano. Com a tuberculose, a revisão anual não foi feita por falta de financiamento e a supervisão não recebeu apoio e, no entanto, foi o melhor programa do país. Se as coisas continuarem assim, acabarão por afundar e a TB continuará a aumentar, juntamente com o VIH/SIDA. Para o VIH, existem vários pacotes, mas para a TB não existe praticamente nada. As estruturas existem, mas não os meios” (responsável de saúde).
- 2.2 “Posso dizer hoje com segurança que nunca existiu um abastecimento adequado de medicamentos e que, em alguns casos, quando confrontados com ruptura de stocks, nos vemos forçados a comprar nós próprios os medicamentos ou pedir aos doentes que os comprem na farmácia da cidade; mas há uma coisa boa: é que nunca ficámos sem produtos essenciais como os ARV e as vacinas” (responsável médico).
- 2.3 “Temos os serviços distritais de saúde, onde estamos agora; depois temos o hospital distrital, que é o nosso nível de referência e depois temos o centro de saúde. Existe um centro de saúde principal, que cuida de uma área da saúde e, dentro de algumas áreas de saúde, temos unidades de saúde satélites que também dispensam cuidados de saúde. Por isso, os casos que não podem ser tratados ao nível da unidade de saúde e do centro de saúde são transferidos para o hospital distrital, onde são assistidos por um médico e os casos que continuam a ser difíceis são enviados para o hospital regional” (responsável médico do distrito).
- 2.4 “Neste hospital não há serviços de internamento; transferimos os doentes para o Hospital Académico e de Referência MOI. O único serviço de internamento que podemos oferecer é o da ala da maternidade. Para os casos de VIH e SIDA temos uma área de aconselhamento e de testes e um local onde os doentes recebem os seus ARV. Também dispensamos medicamentos para a tuberculose, mas não temos enfermaria para os doentes. A procura de serviços na unidade de saúde é maior do que podemos suportar; por exemplo, a procura de medicamentos não pode ser satisfeita pelo abastecimento de que dispomos” (responsável médico).
- 2.5 “O sistema Gunduma destina-se a uma prestação de serviços de saúde eficiente e eficaz e, por outro lado, ao ministério da saúde cabe a responsabilidade da supervisão geral de todo o sistema, como a emissão de licenças relacionadas com a política e a regulamentação e também a colaboração com os programas financiados por doadores. Vindo directamente do Ministério Federal da Saúde para o estado, o Ministério da Saúde do estado trata de problemas como o VIH/SIDA, paludismo, TB e CSP, que são, todos eles, problemas que recebem um apoio directo do Ministério Federal da Saúde ou de doadores ou memorandos de entendimento (MOU) entre o governo ou qualquer outra organização exterior ao estado, e estão enraizados no departamento de apoio aos programas do Ministério da Saúde” (Director-Adjunto, Apoio aos Programas e Regulação).
- 2.6 “Por vezes, enfrentamos uma insuficiência de fundos, o que representa um desafio; os utentes ou a comunidade têm de contribuir” (agente de saúde).
- 2.7 “A taxa de utilização é o principal meio de geração de fundos para a unidade” (agente de saúde).

Outros serviços identificados incluem a prescrição de medicamentos (56,7%), vacinação (46,8%) e cuidados aos partos (45,8%). Os cuidados aos partos tiveram uma classificação superior

aos cuidados pré-natais. As comunidades periurbanas e rurais referiram cuidados aos partos, respectivamente com 52,5% e 43,9%. Do mesmo modo, houve mais respondentes periurbanos

Quadro 6 Serviços oferecidos nas unidades de saúde da linha da frente nas Sub-Regiões

Serviço	Sub-Região Central		Sub-Região Oriental e Austral		Sub-Região Ocidental		Número total de referências
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	
Tratamento de enfermidades	2460	79.9	1328	54.0	3825	80.2	7613
Prescrição de medicamentos	1915	62.2	1404	57.1	2531	53.1	5850
Vacinação	1205	39.1	1070	43.5	2549	53.4	4824
Cuidados aos partos	1738	56.5	838	34.1	2147	45.0	4723
Cuidados pré-natais	1001	32.5	771	31.4	2131	44.7	3903
Diagnósticos/exames médicos	1345	43.7	776	31.6	1245	26.1	3366
Dispensa de medicamentos	777	25.2	1107	45.1	1358	28.5	3242
Transferência para unidades superiores	677	22.0	864	35.2	1268	26.6	2809
Tratamento e prevenção do paludismo	781	25.4	740	30.1	1282	26.9	2803
Aconselhamento aos doentes	810	26.3	776	31.6	864	18.1	2450
Cuidados pós-natais	689	22.4	496	20.2	1262	26.5	2447
Cuidados às crianças	786	25.5	423	17.2	1035	21.7	2244
Rastreo do VIH/SIDA	513	16.7	948	38.6	88	1.8	1549
Diagnóstico e tratamento da TB	439	14.3	663	27.0	149	3.1	1251
Educação para a saúde	236	7.7	490	19.9	214	4.5	940
Cuidados nutricionais	255	8.3	289	11.8	298	6.2	842
Outros	164	5.3	74	3.0	112	2.3	350
Não sabe	94	3.1	30	1.2	48	1.0	172
Nenhuns	9	0.3	8	0.3	6	0.1	23

Quadro 7 Principais problemas de saúde referidos pelos respondentes como não tratadas nas unidades de saúde, por localidade

Fonte	Urbana		Periurbana		Rural		Número total de referências
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	
Febre	453	25.1	297	17.5	295	16.9	1045
Paludismo	225	12.5	187	11.0	217	12.4	629
Artrite	151	8.4	154	9.1	217	12.4	522
Dores	131	7.3	139	8.2	178	10.2	448
Depressão	142	7.9	115	6.8	164	9.4	421
Problemas respiratórios	128	7.1	109	6.4	111	6.4	348
Problemas oculares	90	5.0	104	6.1	118	6.8	312
Diarreia	120	6.6	72	4.3	90	5.2	282
Fraqueza	66	3.7	66	3.9	81	4.6	213
Vômitos em crianças	56	3.1	68	4.0	73	4.2	197

(57%) e rurais (51,1%), em comparação com os respondentes urbanos (42,5%) que referiram os serviços de vacinação. A educação para a saúde e o rastreo do VIH/SIDA tiveram uma classificação baixa (respectivamente, 9,1% e 1,8%).

Tipos de problemas de saúde tratados por prestadores alternativos de cuidados de saúde

Uma importante percentagem dos respondentes identificaram, principalmente, as febres (16,9–25,1% dos respondentes), o paludismo (11–12,5%), a artrite (8,4–12,4%) e as dores

(7,3–10,2%) como problemas de saúde que não são levados às unidades de saúde, como se mostra no Quadro 7.

O Quadro 8 mostra que a depressão e os problemas respiratórios na Sub-Região Central e a depressão na Sub-Região Oriental e Austral foram referidos por mais de 10% dos respondentes como não tratados nas unidades de saúde mais próximas.

As respostas revelaram que febre, paludismo, artrite, dores e depressão eram os problemas mais comuns não levados às unidades de saúde. Este comportamento é o mais comum para a febre nas zonas urbanas e para a artrite nas comunidades

Quadro 8 Principais problemas de saúde referidos pelos respondentes como não tratadas nas unidades de saúde das Sub-Regiões

Fonte	Sub-Região Central		Sub-Região Oriental e Austral		Sub-Região Ocidental		Número total de referências
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	
Febre	469	23.0	157	20.2	419	17.2	1045
Paludismo	352	17.3	78	10.0	199	8.2	629
Artrite	128	6.3	50	6.4	344	14.2	522
Dores	190	9.3	70	9.0	188	7.7	448
Depressão	53	2.6	96	12.4	272	11.2	421
Problemas respiratórios	58	2.8	102	13.1	188	7.7	348
Problemas oculares	79	3.9	50	6.4	183	7.5	312
Diarreia	201	9.9	15	1.9	66	2.7	282
Fraqueza	77	3.8	49	6.3	87	3.6	213
Vómitos em crianças	148	7.3	14	1.8	35	1.4	197

rurais, com percentagens, respectivamente, de 25% e 12,4%. Nas regiões de baixo desempenho, registaram-se percentagens mais elevadas de doenças não levadas às unidades de saúde relativamente à febre e à artrite, com, respectivamente, 20,4% e 11%, em comparação com as regiões de alto desempenho, em que se registaram, respectivamente, percentagens de 19,5% e 8,9%. O paludismo era mais elevado nas regiões de alto desempenho (12,6%) do que nas regiões de baixo desempenho (11,4%). Um participante num FDG observou que:

“Há algumas doenças, para as quais as pessoas não precisam de ir às unidades de saúde, designadamente, dores de cabeças, dores no estômago (leves) ou febres. Estas doenças não são levadas directamente às unidades de saúde e podem ser tratadas com medicamentos tradicionais. Algumas febres podem ser curadas por Deus, usando produtos tradicionais conhecidos mas, relativamente a outras doenças, é preciso levar os doentes às unidades de saúde” (FGD, homem adulto rural).

Algumas perturbações, incluindo os distúrbios da saúde mental, eram consideradas, tanto pelos respondentes das comunidade como pelos profissionais de saúde, como recebendo melhor tratamento fora dos sistemas de saúde convencionais.

“Quando alguém sofre de uma doença mental, as pessoas pensam primeiro em bruxaria. Neste caso, deve primeiro ir-se a um curandeiro tradicional e mesmo nós, quando recebemos um caso em que não temos esperança, com o qual não sabemos

o que fazer, aconselhamos os pais a ir a um curandeiro tradicional, que poderá ter a solução” (IDI, prestador de saúde do sexo masculino).

Conhecimento de fontes alternativas de cuidados de saúde

Os curandeiros tradicionais constituem a principal fonte de aconselhamento para os problemas de saúde que não são levados aos centros de saúde, sendo as comunidades periurbanas as que mais referem o recurso a opções de cura tradicional (67,1%). Outras opções referidas incluíam os curandeiros espirituais (21,1%) e os vendedores informais de medicamentos (16,2%), como se mostra na Figura 16.

As regiões de baixo desempenho referiram mais o recurso aos curandeiros tradicionais (69,1%) e curandeiros espirituais (22,1%) do que os respondentes das regiões de alto desempenho.

Afirmações feitas pelos participantes no estudo qualitativo confirmaram os relatos sobre o uso de cuidados de saúde alternativos, conforme se ilustra seguidamente.

“Há pessoas que, para certas doenças, usam ervas como tratamento. Quando os medicamentos tradicionais falham, então levam os doentes ao hospital. Se o hospital local falhar, os doentes são transferidos para o hospital de nível superior” (IDI, líder comunitário, urbano).

“Muitas pessoas, actualmente, recorrem ao médico e aos enfermeiros do centro de saúde. Embora haja outras clínicas

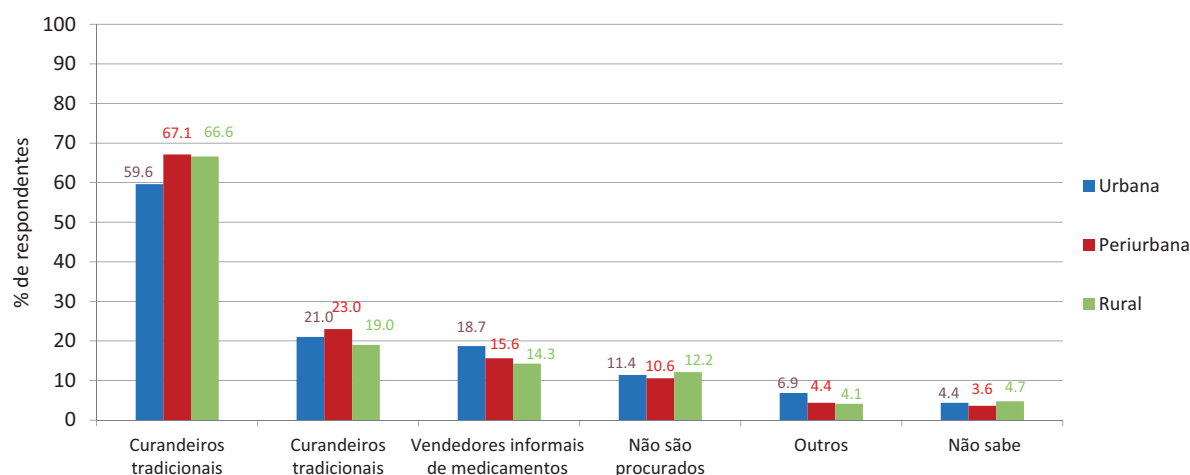


Figura 16: Onde são procuradas as soluções para os problemas de saúde que não são levados às unidades de saúde

particulares nas proximidades, muitas pessoas continuam a ir ao centro de saúde. Talvez porque os serviços deste sejam mais baratos, comparados com os dos hospitais particulares. Há outras pessoas que recorrem às missões, especialmente para os partos. As mulheres que querem dar à luz, privilegiam muito as missões. Vão lá rezar e, às vezes, ficam a viver nessas missões, especialmente quando estão perto da hora do parto” (IDI, líder comunitário urbano).

Percepção sobre a prestação de serviços de saúde

Foi perguntado aos respondentes qual a sua percepção do tipo de serviços prestados pelas unidades de saúde pública. Quase metade dos respondentes mencionaram vacinação infantil e instalação de unidades de saúde, como mostra o Quadro 9.

Num debate, um participante afirmou que:

“O único programa de saúde que chega à nossa região é o programa de vacinação. O programa do VIH/SIDA não foi implementado. Para além do programa de vacinação, os outros programas não contemplam as necessidades das comunidades. Por isso, estamos abandonados e são os curandeiros tradicionais, a Elim Church e as matronas que ajudam as pessoas a resolver os seus problemas de saúde” (FGD, homem adulto periurbano).

Avaliação dos serviços de saúde prestados nas suas comunidades

Quando lhes é pedido que avaliem os serviços de saúde prestados nas suas comunidades, a maioria dos respondentes afirma que eles são bastante inadequados. A classificação de fraca prestação é apresentada na Figura 17, em conjunto com as

Quadro 9 Serviços prestados pelos governos por localidade

Cuidados de saúde prestados	Urbanas		Periurbanas		Rural	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Vacinação infantil	1618	44,3	1685	47,0	1691	47,9
Instalação de unidades de saúde	1635	44,8	1630	45,0	1641	46,5
Fornecimento de medicamentos	1064	29,1	1162	32,4	1015	28,8
Fornecimento de pessoal de saúde	961	26,3	1146	32,0	992	28,1
Prestação de Cuidados Pré-natais (CPN)	734	20,1	808	22,5	752	21,3
Conhecimentos sobre saúde	502	13,7	511	14,3	484	13,7
Prestação de serviços de saúde gratuitos	499	13,7	435	12,1	476	13,5
Formação em saúde de voluntários da comunidade	341	9,3	281	7,8	401	11,4
Cuidados aos idosos	257	7,0	182	5,1	240	6,8
Recuperação dos custos	81	2,2	81	2,3	284	8,0

razões dessa apreciação. A falta de medicamentos e da atitude dos prestadores de cuidados de saúde foram classificadas como elevadas, nas zonas urbanas, periurbanas e rurais. A falta de medicamentos foi classificada ligeiramente acima pelos respondentes das zonas rurais.

Os respondentes que classificaram os serviços como bons fizeram-no, principalmente, devido à “capacidade de resposta aos utentes” e ao “ambiente acolhedor”, como mostra a Figura 18.

A partir dos dados qualitativos, um participante afirmou:

“Dantes, chegávamos ao centro de saúde e cumprimentavam-nos. Antes de pedirem dinheiro, tratavam a criança e só depois disso apresentavam a conta. Agora o que é que vemos? Leva-se uma criança doente, a criança está em coma, mas pedem-nos para levarmos medicamentos, sangue e material

para transfusões. Com o tempo que se leva a conseguir tudo isso, o estado de saúde da criança agrava-se” (FGD, homens adultos rurais).

Nível de satisfação com os serviços de saúde fornecidos pelo Estado

Mais de dois terços dos respondentes de todos os locais afirmaram que não estavam satisfeitos com os serviços públicos de saúde. O nível global de insatisfação era de 64,3%: zonas urbanas–66,7%, periurbanas–62,7 % e zonas rurais–64,6 %, como mostra a Figura 19.

Na RDC Ocidental, o nível global de insatisfação com os serviços públicos era elevado. Por localidade, era mais elevado nas zonas periurbanas (84,6%). O nível de insatisfação nas zonas rurais e urbanas era de, respectivamente, 79,6% e 68,6%. De modo semelhante, na RDC Oriental,

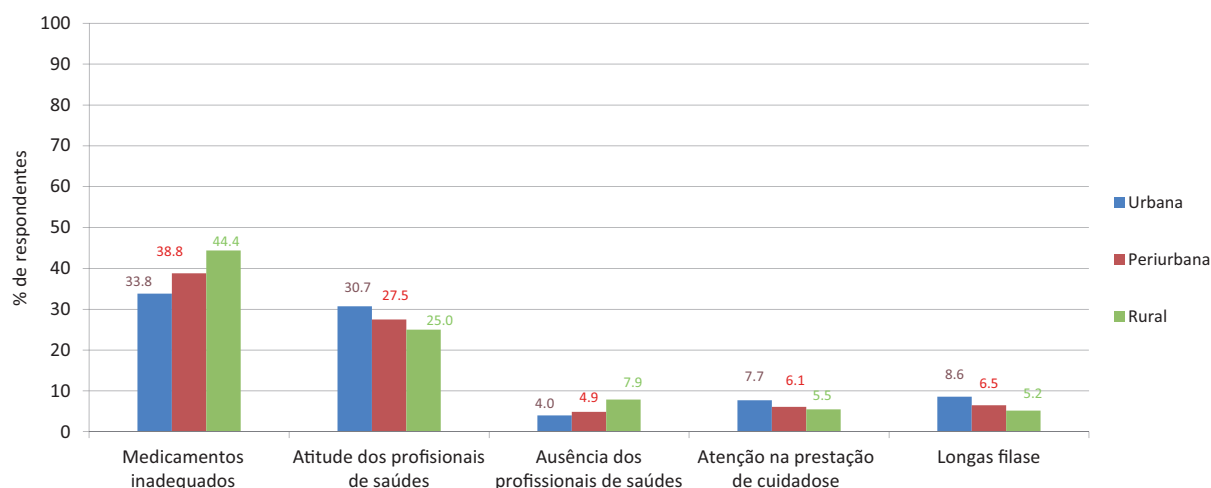


Figura 17: Classificação dos serviços públicos e razões dessa classificação, por localidade

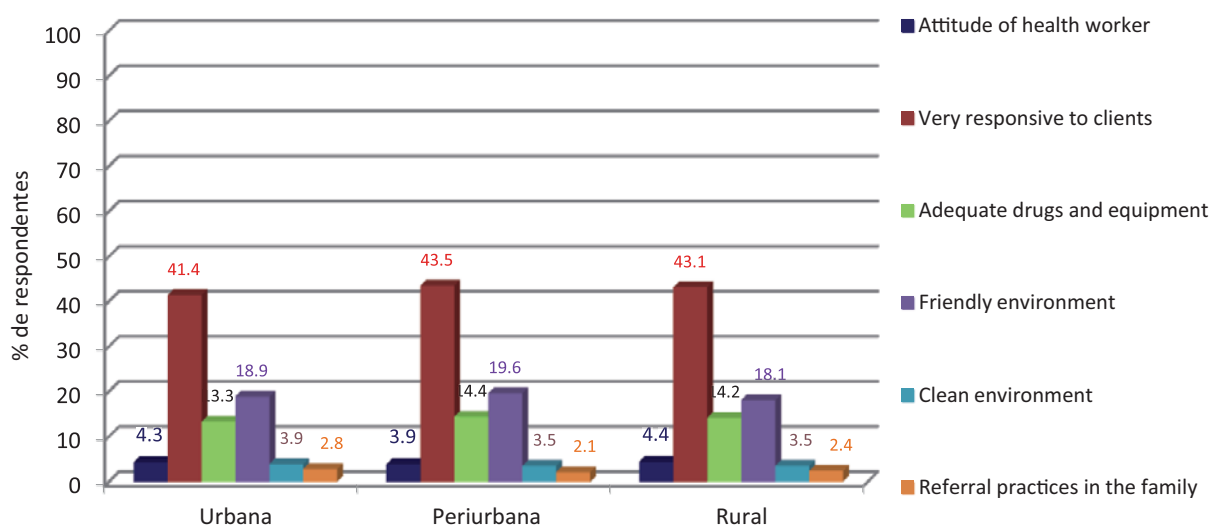


Figura 18: Razões para classificar os serviços de saúde como bons, por localidade

81,1% dos habitantes das zonas periurbanas estavam descontentes, em comparação com 66,8% e 61,4%, respectivamente, nas zonas urbanas e rurais.

No Níger, 65,6% dos respondentes estavam insatisfeitos com os serviços. O nível mais alto de insatisfação (76,2%) registou-se nas zonas urbanas. A estas seguiam-se as zonas rurais (63,6%) e periurbanas (57,0%). Por seu lado, o mais elevado nível de insatisfação na RCA foi registado nas zonas urbanas, de 77,3%. As comunidades periurbanas e rurais notificaram níveis de, respectivamente, 67,2% e 62,8%.

A Figura 20 revela elevados níveis de insatisfação pela forma como os cuidados de saúde são prestados pelo governo nas comunidades. Este sentimento de insatisfação era maior na Sub-Região Central, com 69%, seguida pela Sub-Região Ocidental (67%). No entanto, pequenas percentagens de respondentes das Sub-Regiões Central e Ocidental estavam indecisos acerca do

modo como os cuidados de saúde são prestados às comunidades.

Os participantes no estudo expressaram insatisfação geral com os serviços de saúde. A atitude dos prestadores de cuidados de saúde foi referida em todos os locais como um factor impeditivo do acesso aos cuidados de saúde, em unidades de saúde do sector público. Os termos usados para descrever os prestadores de cuidados de saúde incluíam “enfermeiros preguiçosos, falta de médicos, e funcionários mal-educados.”

Apresenta-se, em seguida, um conjunto de citações extraídas das discussões com os membros das comunidades:

“Outro problema que temos de enfrentar quando vamos à clínica é a atitude dos agentes de saúde; podem ser muito impacientes e intolerantes connosco só porque somos aldeões. Costumam reclamar dizendo que nós só levamos os

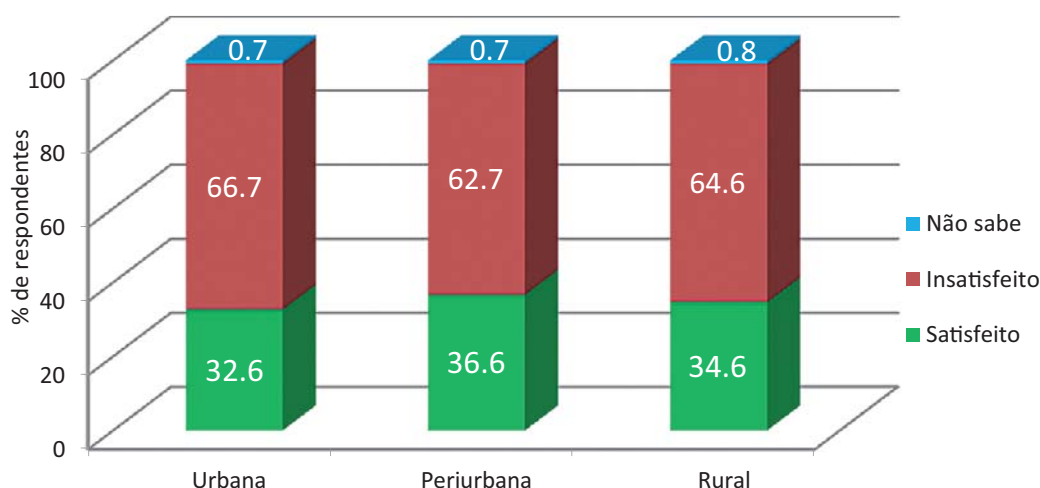


Figura 19: Classificação das unidades de saúde do sector público, por localidade

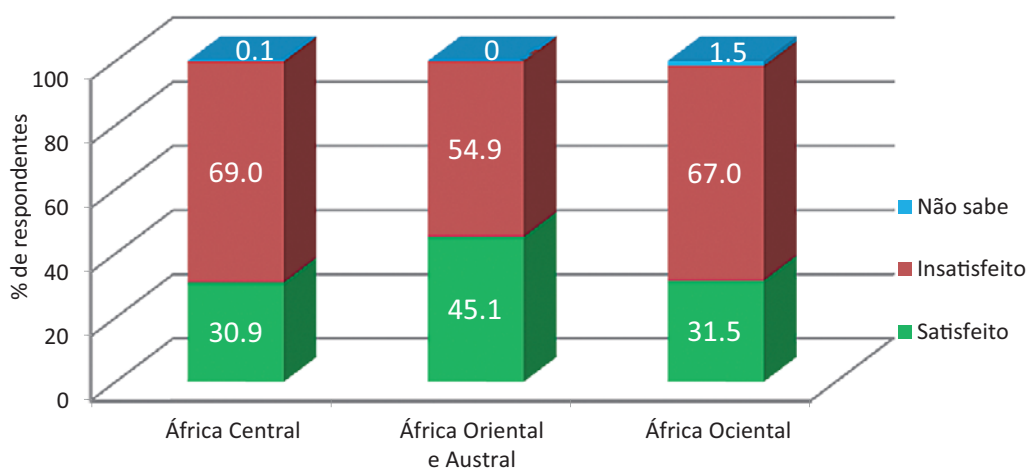


Figura 20: Níveis de satisfação com a prestação dos cuidados de saúde públicos, por localidade

nossos doentes para o hospital muito tarde” (FGD, homens adultos rurais).

“Os enfermeiros foram antipáticos. Imagine que me disseram para seguir as pessoas que estavam na fila e que isso resolveria os meus problemas? Fiquei muito zangada e, enquanto esperava, os médicos foram todos almoçar” (FGD, jovem mulher urbana).

“Os agentes de saúde não são simpáticos. São rudes para os doentes. ... Por exemplo, vi um senhor que tinha trazido uma criança doente ao centro de saúde. Apareceu outro com uma criança em estado grave e que decidiu dirigir-se directamente ao tratamento sem esperar na fila; o agente de saúde disse-lhe assim: “Vá para trás, vá para o seu lugar na fila! Todas estas pessoas que aqui vê estão doentes, sente-se e espere! Não sabe que todas estas pessoas estão doentes e precisam de cuidados médicos?” (FGD, mulher adulta urbana).

“As pessoas que se encontram à entrada (guarda) do hospital, olham para nós de tal maneira que só nos dá vontade de voltar para casa sem tratamento” (FGD, jovem mulher urbana).

Muitas pessoas queixaram-se dos custos elevados, da corrupção e do nepotismo nas unidades de saúde pública:

“São os médicos e o governo os culpados desta situação. A maioria dos médicos trabalham em hospitais privados; eles levam medicamentos e o equipamento do Estado para as suas clínicas privadas. Quando se vai a uma consulta a um hospital público, eles normalmente aconselham-nos a ir às suas clínicas privadas” (FGD, homem adulto rural).

“Só as pessoas que têm alguém conhecido no centro de saúde têm oportunidade de serem bem atendidos e receberem um bom tratamento. Quem não conhece ninguém no hospital é ignorado e ninguém se importa com ele, mesmo que esteja a morrer sozinho” (FGD, jovem mulher urbana).

As unidades de saúde do sector público têm normalmente pessoal qualificado; é por essa razão que as pessoas lá vão. Quando as pessoas sentiam que os prestadores de cuidados de saúde

eram mais atenciosos, a apreciação dos serviços foi melhor. Os esforços individuais de alguns dos prestadores de cuidados de saúde também foram reconhecidos. Uma mulher participante dos FGD numa zona urbana observou: “No nosso centro de saúde, há pessoal de saúde que percorre longas distâncias a pé para ir buscar medicamentos.”

Durante os debates com os prestadores de serviços de saúde, estes referiram que os membros das comunidades contribuía para alguns dos desafios enfrentados no acesso a serviços de unidades públicas. Alguns prestadores de cuidados de saúde expressaram frustração relativamente às altas expectativas das comunidades. Na sua opinião:

“As comunidades esperam que haja sempre disponibilidade de medicamentos, mas quando isso não acontece, as pessoas pensam que são os agentes de saúde que roubam os medicamentos. Quando acaba o *stock* de medicamentos, essa informação chega à comunidade e apenas um reduzido número de doentes recorrem à unidade de saúde, a menos que se trate de uma emergência. Não aparecem mais de 10 doentes” (IDI, prestador de saúde urbano).

“As pessoas estão bem conscientes da existência da unidade de saúde e recorrem a ela. O único problema é que não aparecem dentro do horário. A maioria aparece no centro de cuidados de saúde por volta das 11h da manhã, quando o pessoal já saiu para dar apoio às pessoas no exterior (serviço externo)” (IDI, prestador de saúde urbano).

“No que respeita aos cuidados pré-natais, a maioria das mulheres chegam à clínica por volta do segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Raramente se vê uma mulher a vir à clínica no primeiro trimestre. Elas só vêm no sexto ou sétimo mês de gravidez” (IDI, prestador de saúde urbano).

Alguns participantes no estudo fizeram observações positivas acerca dos esforços do governo para fornecer cuidados de saúde, como abaixo se ilustra:

“Na minha opinião, o governo tem tentado ajudar as pessoas a eliminar precocemente

as doenças. Gostaríamos de pedir ao centro de prestadores de cuidados de saúde o favor de oferecer mais tratamentos grátis ou ofertas, como medicamentos e equipamento. Todos os membros das comunidades fazem uso dos serviços existentes” (IDI, prestador de saúde urbano).

Às vezes, a cultura é um grande impedimento ao uso das unidades de saúde:

“As dificuldades incluem a persistência de uma tradição que inibe as actividades de promoção da saúde. As pessoas iletradas agarram-se à tradição. A farmacopeia e as práticas tradicionais ainda polarizam a atenção dos doentes que só vêm à clínica quando já é demasiado tarde” (FGD, homem adulto urbano).

Perspectivas acerca do papel das comunidades na tomada de decisões sobre prestação de serviços

Cerca de metade dos respondentes referiu o fraco envolvimento das comunidades na tomada de decisões sobre a saúde: zonas urbanas (46,6%), periurbanas (43,3%) e rurais (43,5%). No entanto, 20% dos respondentes não classificaram o seu envolvimento na tomada de decisões (Anexo 6).

Na Noroeste da Nigéria, os respondentes das comunidades periurbanas classificaram o envolvimento da comunidade (50,4%) superior ao das zonas urbanas (37,1%) e rurais (32,9%). No Senegal, 62,9% dos habitantes das cidades classificaram o envolvimento das comunidades na tomada de decisões como fraco, enquanto que apenas 32,7% e 41,2% respectivamente, das

zonas rurais e periurbanas o consideraram fraco. No Uganda, quase três quartos dos respondentes sentiu que a participação das comunidades na tomada de decisões foi fraca: nas zonas urbanas (76,8%), periurbanas (68,6%) e rurais (77,9%).

Os dados qualitativos revelam que as dificuldades notificadas pelo fraco envolvimento das comunidades na tomada de decisões giram em torno dos altos níveis de pobreza, cultura, falta de material para os que querem participar e outras responsabilidades que limitam a capacidade das pessoas locais para contribuírem na tomada de decisões.

A Figura 21 mostra que, independentemente das sub-regiões, uma alta percentagem de respondentes classificou como “fraco” o nível de envolvimento das comunidades na tomada de decisões acerca do modo de prestação dos serviços de saúde. Essa classificação negativa apareceu mais na Sub-Região Oriental e Austral (48,8%) do que na Sub-Região Ocidental (44%).

Fontes de informação em matéria de saúde

As fontes de informação sanitária variavam de país para país, mas os canais de comunicação mais vulgarmente citados foram a rádio, seguida pela publicidade nas comunidades, como mostra o Quadro 10.

No caso da Argélia, a principal fonte de informação sanitária era a televisão (54%), distribuída do seguinte modo: zonas urbanas 46,1%, periurbanas 64,6% e rurais 51,4%. A publicidade nas comunidade foi pouco significativa na Argélia (0,8%), contrariamente a outros países. Nos Camarões, a publicidade nas comunidade foi

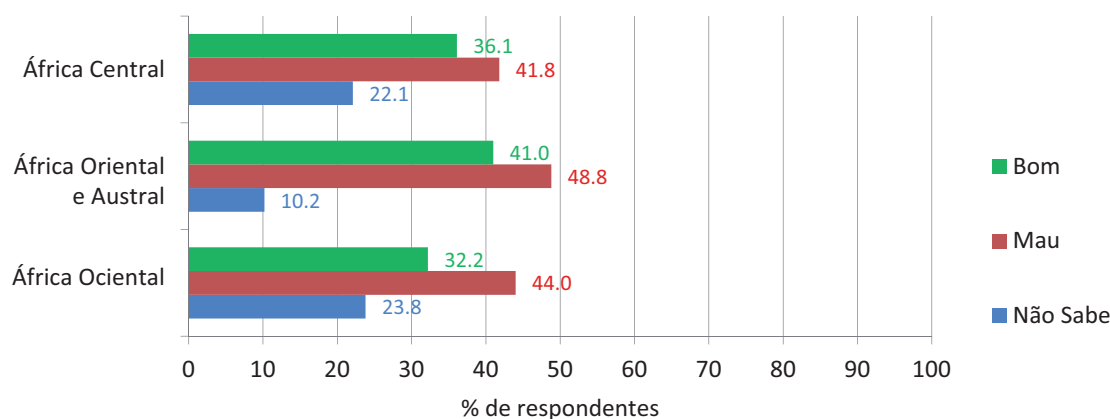


Figura 21: Classificação do envolvimento das comunidades na tomada de decisões nas Sub-Regiões Central, Oriental e Austral e Ocidental

Quadro 10 Principais fontes de informação sanitária por localidade

Fonte de informação	Urbanas		Periurbanas		Rurais		Total	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Estações de rádio	1717	46,5	1574	43,6	1482	41,0	4773	47,3
Televisão	467	12,6	409	11,3	359	9,9	1235	11,3
Panfletos	43	1,2	27	0,7	27	0,7	97	0,9
Cartazes	29	0,8	24	0,7	20	0,6	73	0,7
Anúncios na comunidade	730	19,8	919	25,5	995	27,5	2644	24,2
Amigos e familiares	259	7,0	233	6,5	247	6,8	739	6,8
Outros	329	8,9	350	9,7	370	10,2	1049	9,6
Não sabe	122	3,3	75	2,1	116	3,2	313	2,9
Total	3696	100	3611	100	3616	100	10923	100

citada sobretudo nas zonas urbanas, periurbanas e rurais, respectivamente de 40,1%, 43% e 38%.

As citações que se seguem ilustram a disponibilidade de múltiplos canais de informação nos diferentes locais:

“O público é informado através de anúncios públicos que nós fazemos. Nós também usamos os meios de comunicação social, como a rádio, para anunciar a vacinação. Há também as mesquitas, com a cooperação de imãs” (IDI, líder comunitário rural).

“A comunidade recebe a informação através o chefe de distrito, que é informado pelo govern local (LG). Por sua vez, este passa a informação aos chefes de serviços, líderes e comissões de desenvolvimento, os quais informam os líderes comunitários através de mensageiros. Também podem ser informados através da rádio” (IDI, líder comunitário urbano).

A informação sanitária passa através dos líderes religiosos (imãs nas mesquitas, pastores e padres, bem como líderes religiosos tradicionais), porta a porta, através de líderes comunitários, pregoiros, cartazes, telefone, televisão e rádio comunitária.

4.3 EXPERIÊNCIA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta secção apresenta as respostas a questões acerca das experiências das pessoas com os serviços de cuidados de saúde. A primeira parte apresenta as necessidades das famílias em cuidados de saúde; a segunda parte apresenta experiências com receitas e disponibilidade de medicamentos.

Necessidades das famílias em cuidados de saúde

A maioria das pessoas inquiridas tinha procurado cuidados de saúde nos últimos 30 dias (50,9%) e 36,1% entre um mês e 12 meses antes. Isso significa que 87% dessas pessoas tinha recorrido a cuidados de saúde no espaço de um ano, o que reflecte a elevada procura de serviços de saúde funcionais. Como mostra o Anexo 7, a mais alta percentagem de respondentes que procuraram cuidados de saúde nos últimos 30 dias era oriunda de comunidades rurais (51,1%), sendo a menor de comunidades urbanas (50,8%).

Nas regiões de fraco desempenho, 52,3% das famílias precisaram de cuidados nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, em comparação com 49,5% nas regiões de elevado desempenho (Anexo 8).

Os respondentes urbanos nos 13 locais tinham melhores opções relativamente à disponibilidade de unidades de saúde. Cerca de metade (50,8%) das famílias urbanas tinham duas ou mais unidades de saúde para escolher, enquanto apenas 46,7% das famílias rurais tinham duas ou mais unidades ($p < 0,001$). No entanto, em seis locais do estudo (Argélia, Camarões, RCA, RDC Oriental, RDC Ocidental e Noroeste da Nigéria), mais de 56% das famílias não tinham escolha relativamente a que unidade de saúde se dirigirem: apenas tinham uma ou nenhuma.

A enorme insuficiência das unidades de saúde é salientada em declarações feitas por alguns informadores nos relatórios de qualidade em todos os locais. No local do Noroeste da Nigéria, uma mulher adulta observou:

“Podemos afirmar que não estamos absolutamente nada satisfeitos, pois não temos aqui nenhuma unidade de saúde e a

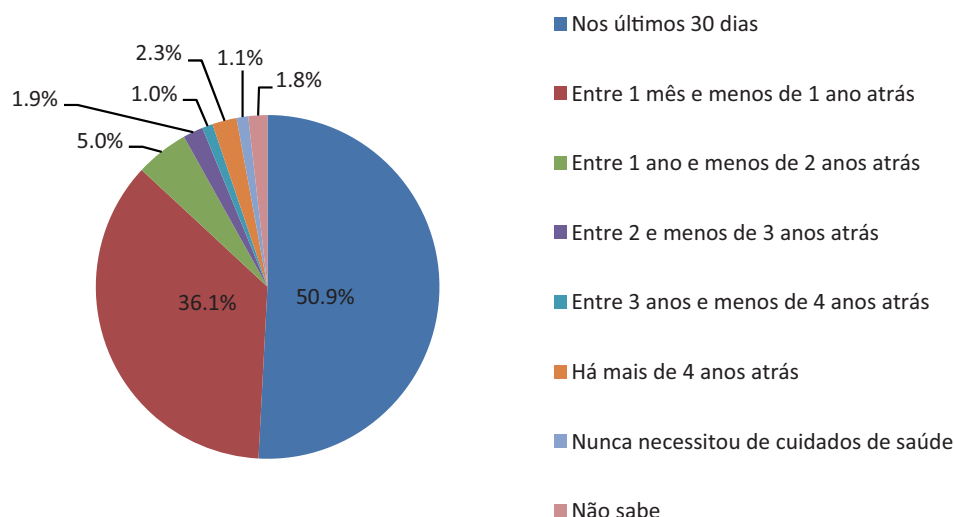


Figura 22: Famílias que precisam de cuidados de saúde dentro de determinado prazo

maioria de nós tem de ir tratar-se a clínicas privadas. Visto isso, nenhuma das intervenções de saúde do governo chega até nós. Por exemplo, se alguém estiver muito doente ou se alguma mulher estiver em trabalho de parto, teremos de os carregar numa cama até à margem do rio, onde uma canoa os atravessará, ou então terão de ser levados numa bicicleta até à clínica privada de Jagindi Tasha, o que é mais fácil para nós” (FGD, mulheres adultas).

Um homem dos Camarões descreveu o ambiente das unidades de saúde como inamistoso para os recém-nascidos, afirmando:

“Um bebé recém-nascido sai de um parto normal, mas antes do fim do dia já foi picado por 10 mosquitos e isto antes de sair do hospital. Como é que se pode esperar que uma criança fique bem nestas condições? Num caso destes, as pessoas continuam a querer ir para o hospital ou preferem outro sítio?” (FGD, homem adulto).

Esta opinião foi corroborada por outra declaração:

“Devido à distância entre esta comunidade e a unidade de saúde, às vezes as pessoas perdem a vida antes de receberem tratamento médico” (FGD, homem adulto).

Um jovem de uma zona rural narrou esta experiência:

“O município de Tombel (...) deveria ter 102 médicos, mas eu julgo que nem 5 nós

temos (...) Tenho um amigo de Munyong, no Bakossi ocidental. Fica a cerca de 20km de Nyadong e não há estrada para lá. A sua filha queimou-se com água quente, isto aconteceu cerca das 18h, e ele teve de percorrer esses 20km até Nyadong, o que demorou 4 ou 5 horas, de noite, num terreno rochoso, pelo meio do mato, para chegar aos primeiros socorros. Quando chegaram a Nyadong, eles tiveram que arrancar o vestido da menina e a pele veio agarrada. Ainda por cima, em Nyadong não há nenhum médico, tem apenas um posto de saúde...” (jovem rural).

Geralmente, o paludismo e a febre eram as principais razões para procurar cuidados de saúde (Anexo 8), independentemente da localidade ou região (respectivamente 17,6% e 17,2%), excepto na África do Sul e na Argélia, onde a hipertensão e a diabetes mellitus se encontram em primeiro e segundo lugar, respectivamente. O paludismo era mais frequente na Sub-Região Ocidental (20,3%) do que nas outras Sub-Regiões (Anexo 8).

Entre as dez principais razões para recorrer a cuidados de saúde, em mais de 40% dos casos, contam-se o paludismo e as febres (Figura 23). Há ainda outros problemas de saúde, como ferimentos, dores ou infecções respiratórias. Em resumo, a maioria dos respondentes (92%) receberam cuidados de saúde a última vez que deles precisaram. A percentagem que recebeu cuidados de saúde foi menor nas zonas de baixo desempenho e nas zonas rurais, respectivamente de 91,1% e 90,6%.

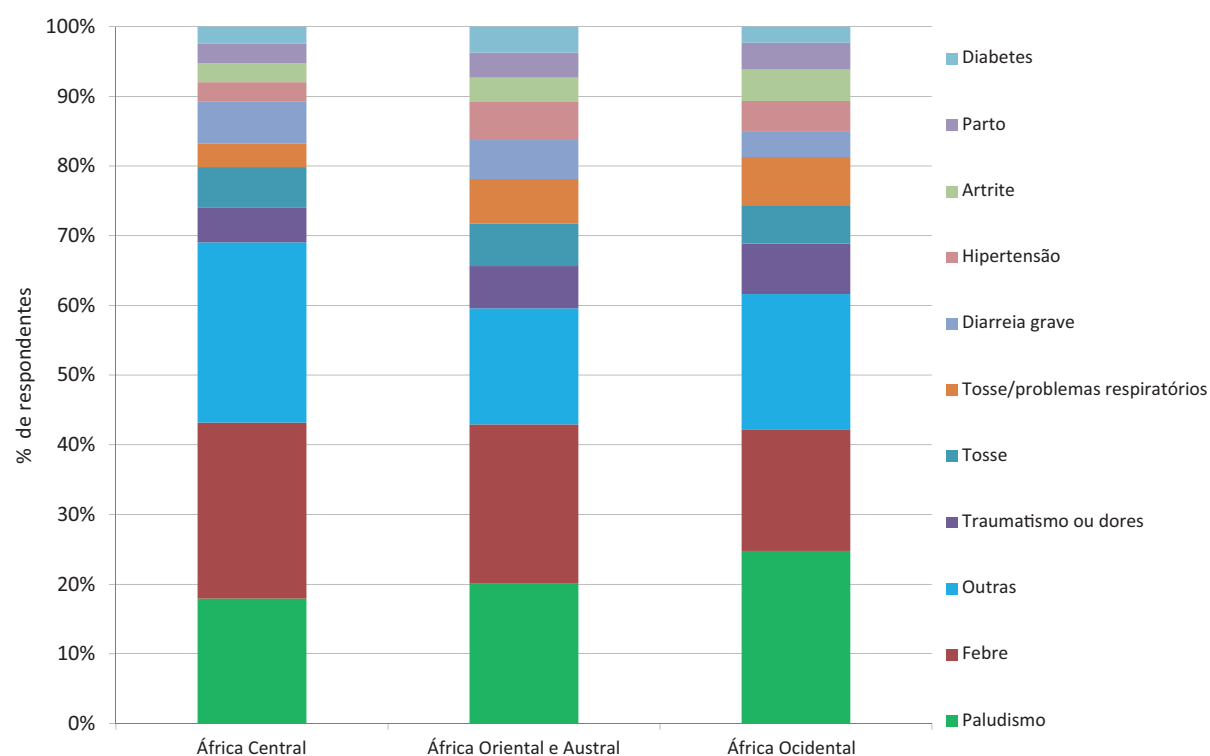


Figura 23: As dez causas mais comuns para recorrer a cuidados de saúde, por Sub-Região

As principais causas pelas quais os membros das comunidades nos distritos do estudo não receberam cuidados de saúde incluem o custo dos cuidados de saúde (34,1%), problemas de transportes (11%), medicamentos inadequados (6,7%) e a percepção de que a condição de saúde não era suficientemente grave (5,4%).

Os resultados qualitativos atribuíram maior responsabilidade a esta tendência do sistema de saúde e salientaram o papel da má atitude dos agentes de saúde:

“Em todos os hospitais, mesmo nas clínicas, não há humanidade. Quando chegamos ao hospital, dão-nos a ficha de doente. Ele tem a caneta na mão. Nós dizemos-lhe: Papá, escreva, o meu filho está a morrer; e ele responde, paga a taxa. Até cruza as pernas; nós ficamos ansiosos, inquietos e ele insiste para pagarmos o dinheiro. Até que o dinheiro chegue, a criança morre. Não há sentimentos ali. Para se usar o hospital, ou há dinheiro ou se morre, se não se tiver o dinheiro” (FGD, mulher rural).

Segundo algumas mulheres participantes no debate:

“Nem sempre há medicamentos. Muitas vezes, o pessoal de saúde manda os

doentes comprar os medicamentos fora do hospital. Assim, alguns médicos que têm as suas próprias clínicas ou farmácias têm a vantagem de mandar os doentes comprar medicamentos ou serem transferidos (para as suas clínicas). É uma forma de eles recuperarem dinheiro” (FGD, mulher rural).

Uma mulher respondente do Níger comentou ter sido tratada sem o mínimo de dignidade. Ela relatou a sua experiência:

“Indiferença para com os doentes? (...) Durante a minha última visita à clínica, o pessoal de saúde olhou para nós como se não fôssemos seres humanos!... Eles só tratam bem quem tem dinheiro ou os seus familiares” (FGD, mulher periurbana).

Uma mulher chamou a atenção para a importância de uma atitude positiva:

“Sim, quando estive grávida, vim aqui ao hospital. Eu costumava ir à consulta a outro centro de saúde, mas quando ouvi dizer que havia aqui um centro de saúde, decidi continuar neste. É um grande hospital, muito limpo, as parteiras são muito delicadas e simpáticas” (IDI, mulher periurbana).

Prescrição e disponibilidade de medicamentos

A maioria dos respondentes (90,2%) afirmou que lhes tinham sido receitados medicamentos durante a última vez que tinham precisado de cuidados de saúde. As análises por Região revelaram que não havia diferenças no nível de prescrição por parte dos prestadores de cuidados de saúde, pois tanto 90,1% nas zonas de alto desempenho, como 90,4% nas zonas de baixo desempenho receberam as suas prescrições.

Nas zonas de alto desempenho, a análise por local mostrou que a maioria dos locais ultrapassaram os 90%, excepto quatro locais, nomeadamente África do Sul (86,2%), Sudoeste da Nigéria (84,2%), RDC Oriental (80,2%) e Níger (71,7%). As zonas de baixo desempenho em todos os locais revelaram que mais de 90% dos que precisavam de cuidados receberam prescrições, excepto em sete locais: RDC Ocidental (89,5%), RCA (89,2%), Camarões (88%), RDC Oriental (85%), Senegal (85%), Sudoeste da Nigéria (82,7%) e África do Sul (77,6%).

Relativamente aos medicamentos prescritos nas unidades de saúde, 60,2% dos respondentes reportaram ter recebido todos, 19,9% receberam apenas alguns, 17,8% não receberam nenhum e 2,2% dos respondentes não se lembram se receberam ou não os medicamentos. Em todas as Regiões, as respostas foram semelhantes, com respectivamente 60,2% e 60,1%, nas zonas de alto e baixo desempenho, declarando que tinham recebido todos os medicamentos. Houve disparidades em cinco locais. Na Argélia, os valores foram baixos nas duas regiões. A totalidade dos medicamentos foi recebida em 40% dos casos nas zonas de alto desempenho e 8,2% dos casos em zonas de baixo desempenho. Nos outros quatro países (RDC Oriental, RDC Ocidental, África do Sul e Uganda), os respondentes das zonas de baixo desempenho receberam todos os medicamentos, mais vezes do que os das zonas de alto desempenho.

Razões da não obtenção dos medicamentos prescritos

Até 73,5% dos respondentes afirmaram que não tinham encontrado os medicamentos prescritos. As percentagens oscilaram de 75,6% nas zonas de alto desempenho até 71,7% nas zonas de baixo

desempenho. Uma mulher duma zona rural participante nos FGD relatou:

“Quando se vai ao hospital para tratamentos não se recebem medicamentos, os prestadores apenas nos mandam ir comprar os medicamentos às suas farmácias, por isso nós precisamos de medicamentos” (FGD, mulher, membro de uma comunidade rural).

No Uganda, um homem participante nos FGD referiu que “Na maioria dos casos, não há medicamentos naquela unidade. Quando se chega lá, eles dizem-nos: “Vá a uma clínica!” Limitam-se a receitar-nos os medicamentos para nós irmos comprar.” Outro participante na Sub-Região Ocidental: “É lamentável que quando um doente chega ao centro de saúde, não consiga obter os medicamentos de que precisa.” Um homem jovem afirmou:

“Não há medicamentos no centro para curar as diferentes enfermidades ou para dar aos doentes quando eles recorrem a tratamentos médicos, embora as enfermeiras façam o melhor que podem, mas não têm os medicamentos necessários para complementar o seu trabalho. Assim, é absolutamente necessário abastecer os serviços com medicamentos suficientes de diferentes tipos que possam curar as diferentes doenças, para que as pessoas fiquem motivadas e os apoiem convenientemente” (FGD, mulher adulta rural).

Segundo um respondente na República Centro-Africana o custo dos medicamentos pode mudar mesmo enquanto o doente está a ser consultado no centro de saúde:

“Uma participante viveu uma situação desagradável: Não fui bem recebida com o meu filho na clínica. Deixei essa clínica à noite e fui para outra em Ngoulapalo, já a febre do bebé estava muito alta. Em Ngoulapalo, chamei os enfermeiros, sem sucesso. Quando finalmente apareceu um agente de saúde, disse-me que a taxa de consulta tinha aumentado de 100 FCFA para 250 FCFA. Tivemos que ir para Bangassou tratar da criança. Que comportamento é este? Além disso, em Bangassou o pessoal recebe mal as pessoas e dirigem-se ao doente como se

estivessem zangados com ele. Os preços dos medicamentos aumentam rapidamente na presença dos doentes” (FGD, mulher adulta periurbana).

Pagamento dos medicamentos

Como a Figura 24 mostra, os respondentes pagaram pelos medicamentos que as suas famílias receberam nas unidades de saúde. O pagamento dos medicamentos pelos respondentes foi mais elevado na Sub-Região Ocidental (85,3%), seguida da Central (77,9%) e da Oriental e Austral (61%). A frequência do pagamento de medicamentos varia segundo a Sub-Região, como mostra a Figura 24.

A partir dos dados qualitativos, todos os locais pareciam concordar que os doentes tinham de pagar o seu tratamento. Um estudante dos Camarões partilhou a sua experiência:

“Tive aqui uma situação no hospital. Estava com uma inflamação dentária... Eu tinha 1500 francos CFA. Quando cheguei ao hospital, um funcionário pediu-me para pagar um formulário. Gastei 100 francos CFA com a consulta. Mas ele disse-me que teria de pagar 600 CFA. Dei-lhe 600 e só tinha 1500 ... a conta já ia nos 700 CFA. Assim, quando vi a empregada, mostrei-lhe 800 CFA e ela disse-me que a conta eram 3000 CFA. Disse à senhora que era estudante e que não tinha dinheiro suficiente. Pedi-lhe que me desse, pelo menos, um medicamento por 800 CFA. Ela negou. Voltei para casa

triste. Senti que fora enganado, perdera um total de 700 CFA e ficara sem tratamento” (FGD, jovem rural).

A taxa de reembolso do dinheiro pago pelos medicamentos era muito baixa, registando-se o reembolso em apenas 3,7% dos casos, na Sub-Região Central (Anexo 9). Em 96,3% dos casos na Sub-Região Central, 90,2% dos casos na Sub-Região Oriental e Austral e 86,1% dos casos na Sub-Região Ocidental não houve qualquer reembolso.

Pelo contrário, de acordo com um membro da comunidade da região de baixo desempenho de Enugu, Nigéria do Sudeste:

“Aqui não há qualquer financiamento da saúde. A única coisa que temos é alguns medicamentos gratuitos, como o Mectizan® que nos são dados para distribuir pelas pessoas, caso contrário ninguém tem mais direito nenhum” (FGD, membro comunitário).

Na Sub-Região Ocidental, o aumento da taxa de reembolso (13,9%) é o resultado dos dados da Argélia (Anexo 9). Na Argélia, as companhias de seguros garantem o reembolso dos medicamentos, nas zonas rurais (99,3%), que é o mais elevado, em comparação com o das zonas urbanas e periurbanas, que oscila, respectivamente, entre 96,4% e 98,9%. Entre as comunidades urbanas, os Camarões classificam-se com a prestação mais elevada, cerca de 100% do financiamento da saúde. No entanto, o esquema dos seguros de saúde nos Camarões foi considerado com não funcionando bem.

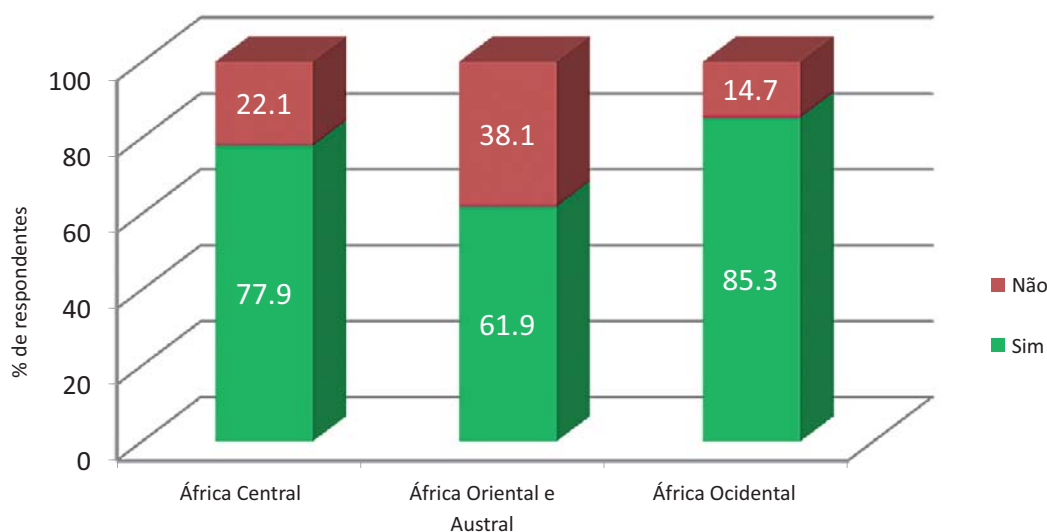


Figura 24: Pagamento dos medicamentos, por Sub-Região

“Há reembolso em quase todas as regiões de saúde. Foi assinado um acordo com a região de saúde de Tombel. Eles distribuem pelas famílias uns cartões com a fotografia e o registo do doente, devendo haver, pelo menos, quatro pessoas na família. A taxa é de cerca de 14 000 ou 15 000 Francos CFA. Sim, 15 000 FCFA por ano, com cobertura de um ano. A assistência pode chegar até 100 000 francos. E o doente beneficia de 75% destas despesas. As mútuas de saúde suportam 75% e o doente paga 25% das despesas. As pessoas concordam e estão a inscrever-se gradualmente” (IDI, funcionário de saúde).

A Figura 25 mostra que a esmagadora maioria dos respondentes nas Sub-Regiões não possuía seguro de saúde. Apenas 11,8% tinham seguro na Sub-Região Central, 9,1% na Sub-Região Oriental e Austral e 2,5% na Sub-Região Ocidental.

Quando lhes foi perguntado se havia outro tipo de subsídios para as pessoas, 16% dos inquiridos responderam afirmativamente. A percentagem foi mais elevada nas zonas urbanas e entre as pessoas das zonas de alto desempenho (21,7%).

O seguro não é disponibilizado a uma larga maioria das pessoas das três Sub-Regiões e, especialmente, àqueles que vivem nas zonas de baixo desempenho (entre 65% dos respondentes). Na generalidade, 20,6% das pessoas entrevistadas desconheciam a existência de outros subsídios disponíveis. Na RDC Oriental, algumas ONG atribuem subsídios a mulheres grávidas e a crianças. Os resultados apresentados

pela Sub-Região, na Figura 26, mostram que, à excepção da Sub-Região Central, o governo era a principal fonte de subsídios de saúde. Na Sub-Região Central, os subsídios eram conseguidos através dos esforços das comunidades (50% dos respondentes).

Os serviços de saúde estatais gratuitos são bem conhecidos na África do Sul. De acordo com um agente comunitário adulto actuando em contexto rural, “o Governo decidiu que as pessoas devem ser ajudadas gratuitamente”. No Senegal, o esforço da comunidade foi considerado importante por um membro do pessoal de saúde:

“No centro de saúde, há aquilo a que chamamos “grupos”. Trata-se de pessoas que muitas vezes não conseguem pagar as despesas, pagar os medicamentos e outras situações. A minha opinião é que são casos sociais. Considera-se que se alguém for um caso social, o serviço será grátis” (IDI, presador de saúde urbano).

4.4 PERCEÇÃO COMUNITÁRIA DO FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Percepção comunitária das contribuições do governo

Esta secção apresenta os resultados do estudo, descrevendo as expectativas e o contributo dos governos e das comunidades para a prestação de serviços essenciais de saúde. O contributo do governo para a prestação de serviços de saúde foi uniforme em todas as localidades. Concentrou-se

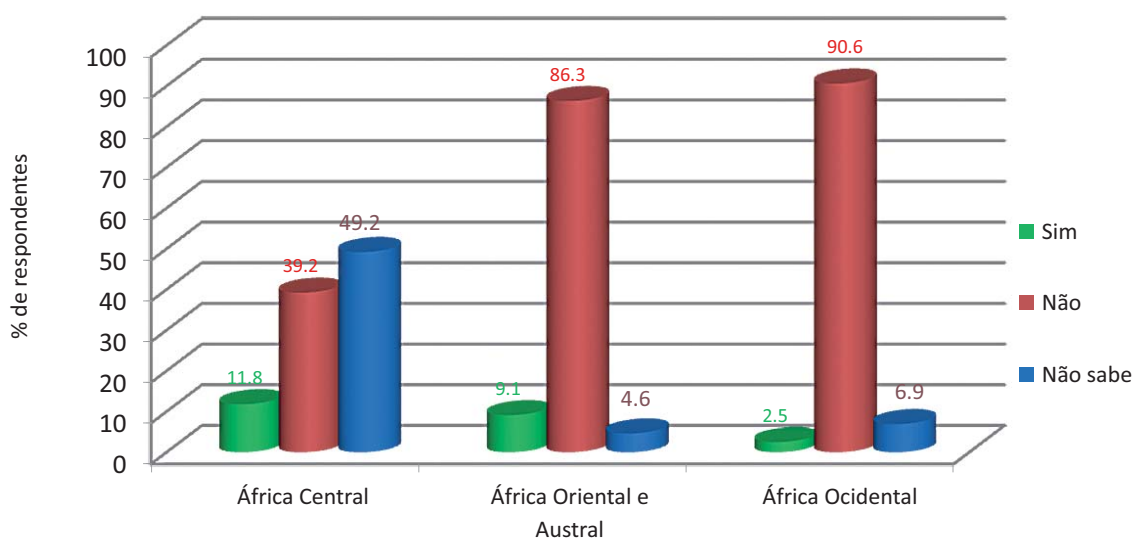


Figura 25: Percentagem de pessoas que têm seguro de saúde, por Sub-Região

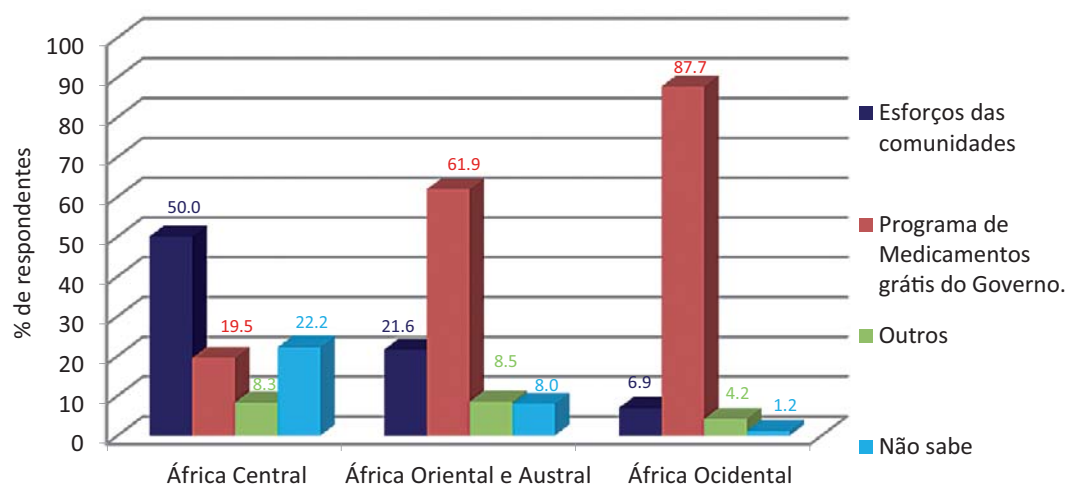


Figura 26: Outras formas de conseguir subsídios para despesas de saúde, por Sub-Região

Caixa 3: Expectativas da comunidade—opinião dos agentes de saúde

- 3.1 “O governo deveria aumentar o seu apoio à unidade de saúde. São precisos mais recursos; deveriam ser afectadas mais verbas, pois as dotações trimestrais são inferiores ao verdadeiro montante necessário para pôr a funcionar uma unidade de nível 4” (Superintendente médico).
- 3.2 “O governo deveria aumentar o financiamento à unidade, pois os fundos que temos são muito poucos e representam metade do nosso orçamento, por isso só podemos subsistir com défices” (funcionário dos programas de saúde).
- 3.3 “Temos problemas com o nosso sistema de transferências, pois transferir os doentes do dispensário para o hospital distrital é complicado” (funcionário de saúde).
- 3.4 “Com a nova autorização constitucional, o governo deveria proporcionar igual acesso a serviços de cuidados de saúde de qualidade e deveria reforçar os recursos humanos, para melhorar a formação de capacidades” (funcionário de saúde).
- 3.5 “Alguns dos condicionalismos que temos neste centro de saúde incluem o fraco contributo das pessoas, especialmente das mais diferenciadas. Elas não estão habituadas a vir ao centro, porque não há condições básicas, como instalações sanitárias, para usar quando aparecem os doentes. O ambiente é muito sujo, não há segurança e qualquer pessoa pode roubar o que resta no centro de saúde, até as crianças podem ser roubadas, porque as portas estão estragadas e o portão principal não é seguro” (agente de saúde).
- 3.6 “Às vezes, quando queremos tratar as enfermidades, certas pessoas dizem que querem ser vistas por um médico, só querem um médico; outras vezes, dizem que querem fazer uma radiografia e nós não temos aparelho para fazer radiografias. Então temos que transferir essas pessoas para o Centro de Saúde Afao. Depois as pessoas dizem: “Então, só o Centro de Saúde Afao é que tem máquina de radiografia?” Isso não é bom! (agente de saúde).

no fornecimento de agentes de saúde, instalações e medicamentos (Figura 27). O aumento da vacinação reflecte o foco do programa e a administração gratuita de vacinas, como componente dos cuidados de saúde materna e infantil.

Quando lhes foi pedido que classificassem a prestação de serviços de saúde por parte do governo, a maioria (64,3%) dos respondentes

afirmaram que era inadequada, como mostra a Figura 28. As respostas oscilam entre 63,3% nas zonas periurbanas e 65,6% na amostra da zona rural.

Estes padrões não variaram entre as regiões de baixo e de alto desempenho em todos os locais. Os resultados são consistentes com os primeiros padrões rurais, mostrando desconfiança no

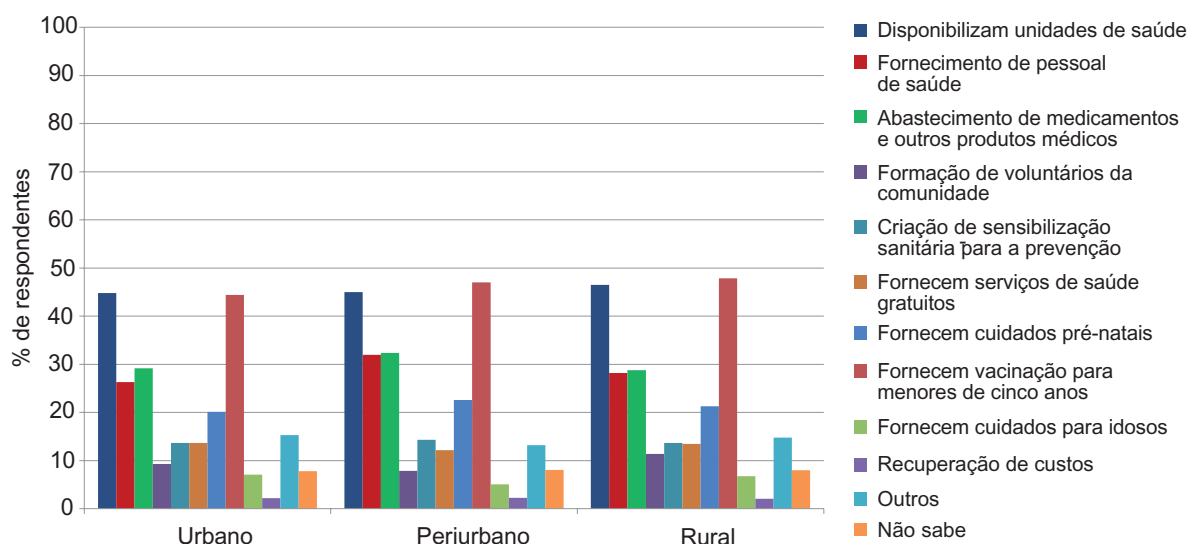


Figura 27: Serviços de saúde prestados pelo sector da saúde pública, por localidade

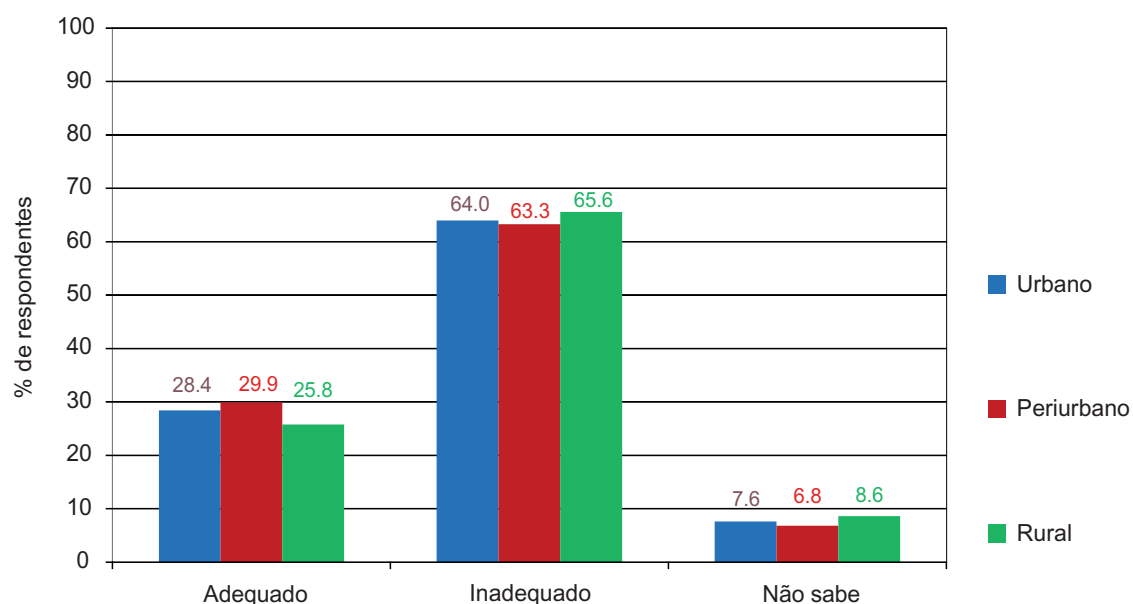


Figura 28: Percepção dos contributos do governo para a prestação de serviços essenciais de saúde, por localidade

envolvimento do governo na prestação de cuidados de saúde.

Os resultados revelam que 65,5% dos respondentes das regiões de alto desempenho consideram os esforços do governo como insuficientes e, nas regiões de baixo desempenho, 63,2% dos respondentes também consideram os esforços do governo como insuficientes. A Figura 29 mostra que esta percepção é consistente em todas as Sub-Regiões.

Houve, no entanto, diferenças ($p < 0,001$) em termos de classificação negativa em todas as Sub-Regiões. Por exemplo, enquanto que 76,2% dos respondentes da Sub-Região

Ocidental classificaram os contributos do governo como insuficientes, só ligeiramente mais de metade (57,5% e 51,9%) dos respondentes nas Sub-Regiões Oriental e Austral e Central, respectivamente, classificaram os serviços como insuficientes.

Os homens das zonas rurais que participaram nos debates na República Centro-Africana (RCA) expressaram uma profunda desconfiança no governo e desapontamento pelo seu desempenho na prestação de serviços essenciais de saúde. “O Estado da República Centro-Africana preocupa-se com as populações rurais?”- perguntam eles. “Por que razão as infra-estruturas

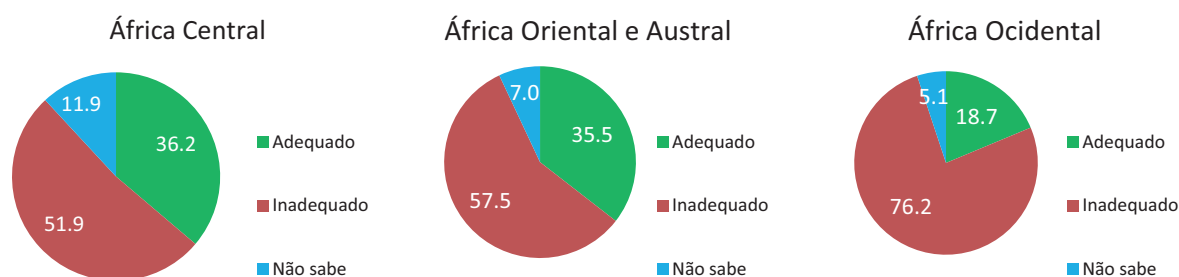


Figura 29: Percepção dos contributos do governo para a prestação de serviços essenciais de saúde, por Sub-Região

Caixa 4: Rapidez e dificuldades das comunidades em participarem na prestação de serviços de saúde—opiniões dos agentes de saúde

- 4.1 “Às vezes, as pessoas vão ao chefe do governo local para se queixarem, mas a maioria das vezes as suas queixas não são resolvidas... Isto não é de surpreender, pois as comunidades rurais nesta área de governo local não se reuniram em comissões de saúde, através das quais poderiam expressar os seus desejos e aspirações e depois dirigi-las para as agências governamentais” (funcionário de saúde).
- 4.2 “Por vezes, as pessoas queixam-se ao presidente do governo local, mas as suas queixas não são atendidas... É um facto que não surpreende, já que as comunidades rurais neste governo local não estão galvanizadas em comunidades de saúde através das quais possam articular as suas necessidades e aspirações e fazê-las chegar às agências governamentais” (agente de saúde).
- 4.3 “A desigualdade entre os géneros prevalece ainda, em termos de tomada de decisões sobre questões de saúde” (funcionário de saúde).
- 4.4 “O pessoal de saúde e a população, na sua maioria, são excluídos de qualquer forma de participação no desenho ou concepção das actividades sociais e sanitárias das unidades de saúde pública de primeira linha. Eles não são partes interessadas no processo de tomada de decisões, que se encontra ao nível central do Ministério da Saúde, da População e da Reforma Hospitalar. Os actores vêem-se a si próprios a «fazerem aquilo que foi decidido sem eles», para usar as suas próprias palavras” (agente de saúde).
- 4.5 “As pessoas que vivem nesta zona não se sentem felizes, pois sentem que o governo ocupou as suas terras e não fez nada por elas. Mesmo os que foram recrutados como voluntários não receberam qualquer compensação” (funcionário de saúde).
- 4.6 “A comunidade está disposta a ajudar, por exemplo, a comunidade envolveu-se entusiasticamente na mobilização dos toxicodependentes, o que foi fantástico e constituiu uma grande ajuda” (funcionário de saúde).

se encontram abandonadas? Por que razão é que não há disponibilidade de medicamentos essenciais para os casos urgentes? Por que é que só nos mandam agentes de primeiros socorros, se existe pessoal qualificado que recebe formação em Bangui?”

A Figura 30 ilustra as perspectivas das comunidades sobre a forma como podem ser melhorados os contributos do governo para a prestação de serviços essenciais de saúde, tanto nas regiões de alto desempenho como nas de baixo desempenho. A maioria dos respondentes sentia que

o abastecimento de medicamentos era a área mais significativa em que os serviços de saúde poderiam melhorar. A isso seguia-se a colocação de pessoal devidamente formado, para gerir as unidades e a construção de hospitais, tanto nas regiões de alto desempenho como nas de baixo desempenho.

Em todas as localidades (quer sejam urbanas, periurbanas ou rurais), as respostas da Figura 31 apresentam um retrato desanimador de um sistema de saúde em que as expectativas não satisfeitas dos seus beneficiários são os

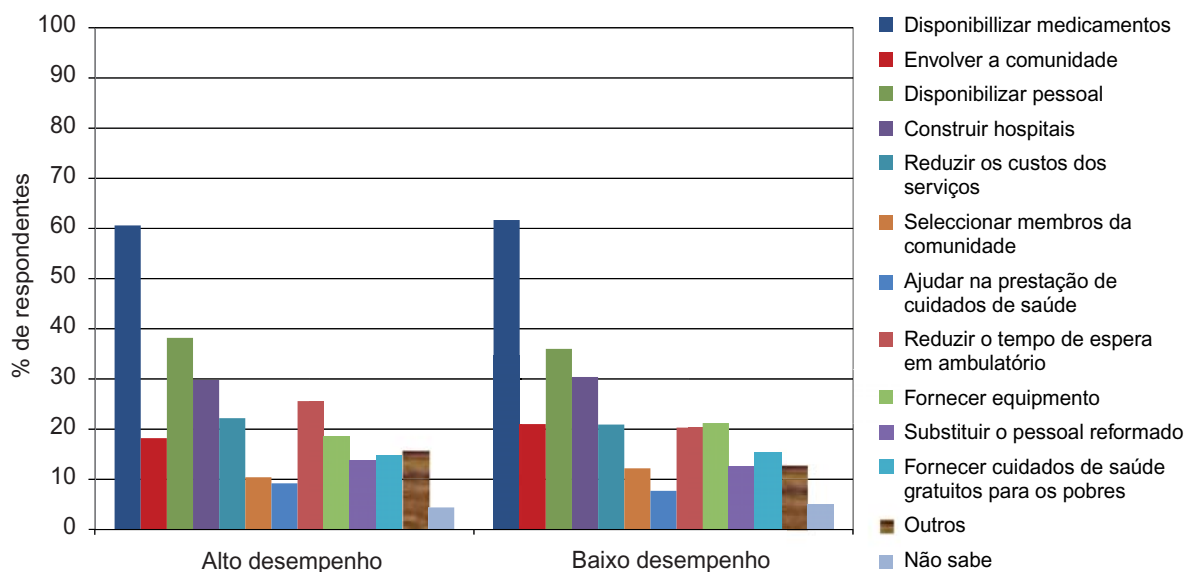


Figura 30: Como melhorar a prestação dos serviços de cuidados de saúde

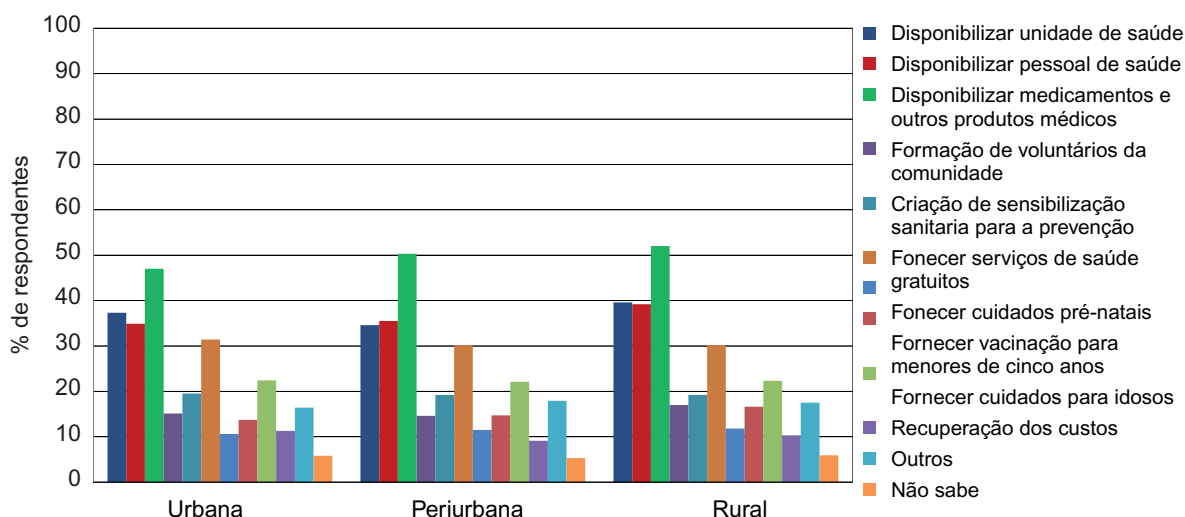


Figura 31: Expectativas da comunidade acerca dos contributos governamentais para a saúde, por localidade

próprios medicamentos, as instalações e os recursos humanos, que deveriam ser as suas pedras basilares. A Figura 31 mostra as expectativas que os respondentes têm acerca dos contributos governamentais para a saúde.

A procura de medicamentos, pessoal de saúde e instalações foi considerado pelos participantes do estudo qualitativo como sendo elevada e urgente. No Senegal, um jovem de uma zona periurbana menciona as razões para esta urgência:

“Sabe por que estamos a pedir mais pessoal? Se o senhor chegar aqui doente, às 11 horas da noite, vai ter que esperar até ao dia seguinte, seja qual for a gravidade da sua doença. Não estará aqui ninguém para

o tratar, porque lhe vão dizer que não têm pessoal para cuidar dos doentes durante a noite. É isto que lhe dirão” (FGD, homem jovem rural).

Segundo este jovem, o problema é complexo, porque combina a escassez de pessoal com instalações inadequadas, o que agrava as condições de saúde dos doentes.

“Relativamente às camas, por vezes acontece que um doente pode ficar com dores no corpo por dormir numa cama de má qualidade e piorar da sua doença. As pessoas também devem pensar nisso” (FGD, homem jovem rural).

Apesar de estarem conscientes da situação, os participantes no estudo parecem reconhecer que a crise no sector da saúde é, por vezes, o produto de factores externos, como uma maior instabilidade do sistema. Esta situação é relatada na RCA, onde um grupo de homens adultos sugere que “as principais dificuldades são de índole cultural”, explicando que a situação pós-conflito do país torna difícil uma gestão apropriada da saúde, especialmente nas zonas remotas, onde as atrocidades e as deslocações locais podem ter sido uma constante. Um informador importante fez a seguinte observação:

“Trata-se de uma área isolada que sofreu durante muito tempo as atrocidades cometidas por rebeldes e bandidos. Houve pessoas válidas que abandonaram as suas aldeias e partiram para outras comunidades. O posto de saúde sofreu o impacto do abuso e do abandono da aldeia. Não se podem realizar nenhuma actividade clínicas segundo os princípios estabelecidos” (FGD, homem adulto urbano).

Contributos da comunidade

O contributo das comunidades para a saúde processa-se, sobretudo, na esfera da manutenção das instalações (20,9%) e na prestação de assistência e cuidados aos doentes (18,1%). A Figura 32 mostra que os indivíduos estão a contribuir uniformemente para a prestação de cuidados de saúde, em todas as Sub-Regiões.

As comunidades contribuem ainda para prestar serviços através da selecção de voluntários (10,7%) e sua formação (10,5%) e da ajuda na gestão das instalações (10,4%). Em certos casos,

constroem ou fornecem as instalações (6,3%), o trabalho (5,6%), os produtos (5,8%) e ainda o pagamento dos prestadores de cuidados de saúde (5%). Dos respondentes, 26,2% não sabiam se as suas comunidades contribuíam ou não para os cuidados de saúde.

Em média, 64% dos indivíduos nunca tinham contribuído para a prestação de cuidados de saúde à comunidade, nos três tipos de localidades, sendo a maioria destas nas zonas urbanas (66%). Estes padrões podem reflectir maiores níveis de negligência das infra-estruturas nas comunidades rurais.

Em todas as localidades, os contributos dos indivíduos para a prestação de serviços de saúde à comunidade eram mais frequentes a nível dos cuidados aos doentes. Era esta a forma mais frequente de contribuir, que surge em mais de 30% das respostas nas três localidades (Figura 33).

Pelo menos, o dobro dos indivíduos mostraram disponibilidade para contribuir para a prestação de serviços: 68,1%, 66,6%, 66,7%, respectivamente nos locais urbanos, periurbanos e rurais. Mais de 65% dos respondentes, em todas as localidades, exprimiram a sua vontade de contribuir futuramente para a prestação de cuidados de saúde à comunidade. Estes dados mostram uma variação por idade ou profissão e são consistentes em todos os locais. A Figura 34 apresenta o tipo de contributo que os indivíduos pretendem fazer na prestação de cuidados de saúde às suas comunidades. Em todos os locais, eles querem também ajudar a fazer a manutenção das instalações e a fornecer produtos essenciais.

Quando indagados acerca da sua intenção de contribuir futuramente para os cuidados de saúde, os respondentes nos locais da Sub-Região Ocidental tiveram uma classificação superior, como mostra a Figura 35.

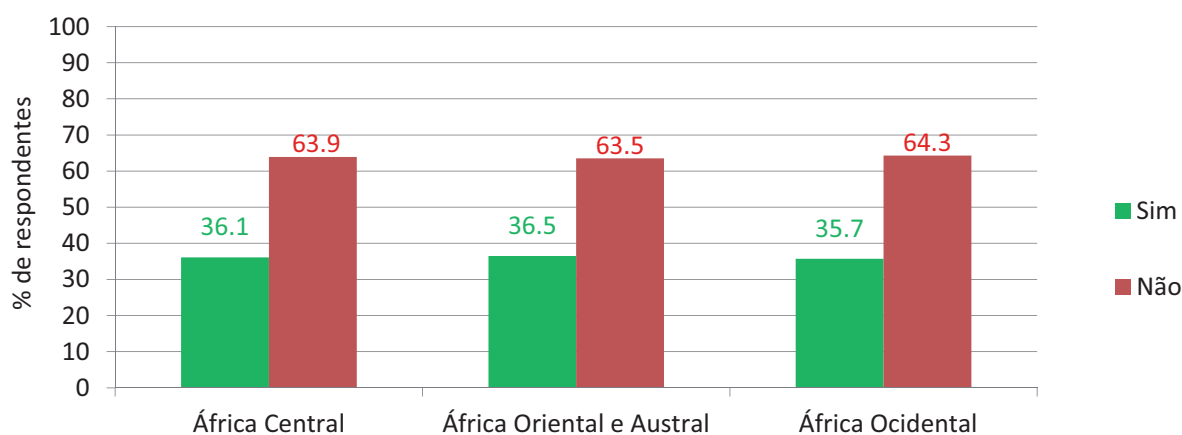


Figura 32: Contributo dos indivíduos para a saúde das suas comunidades nas Sub-Regiões

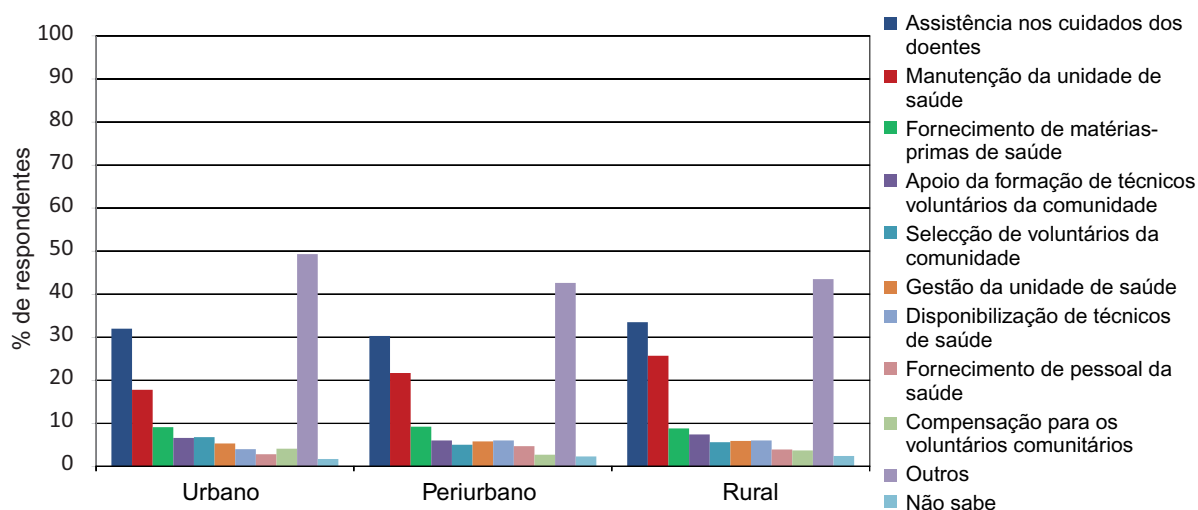


Figura 33: Contributos individuais para a saúde da comunidade, por localidade

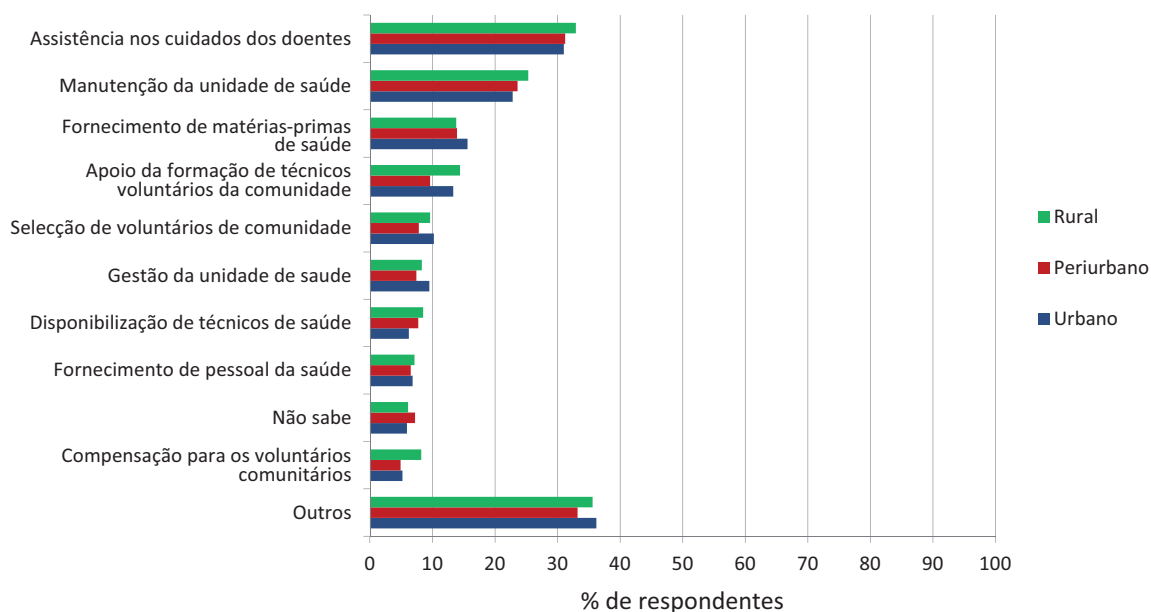


Figura 34: Tipos de contributos individuais para a saúde da comunidade, por localidade

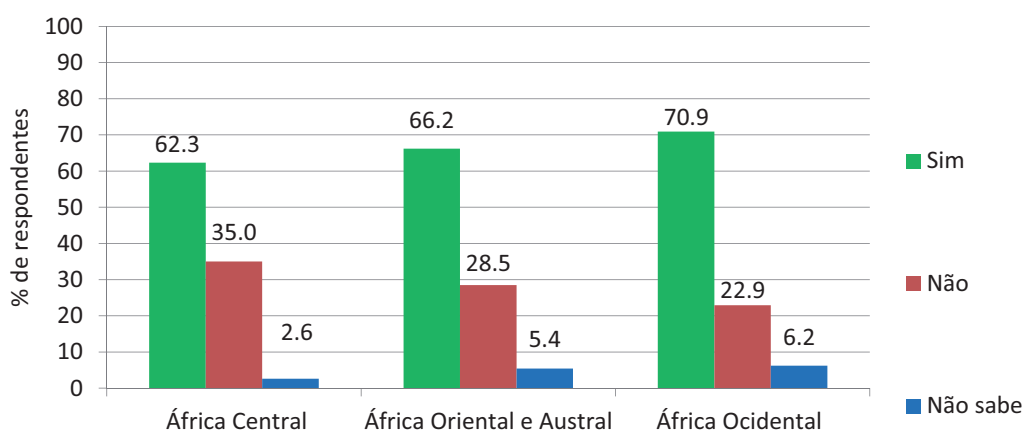


Figura 35: Intenção de contribuir futuramente na Sub-Região

As razões para a falta de vontade de contribuir para a prestação de cuidados de saúde divergem entre as Sub-Regiões (Figura 36). Nas Sub-Regiões Central e Ocidental, a falta de dinheiro foi referida como a principal razão, respectivamente, 59,8% e 41,1%. O desemprego ficou em segundo lugar em ambas as Sub-Regiões e aliado à contenção financeira na Sub-Região Oriental e Austral.

Quando indagados acerca das razões para não quererem contribuir para a prestação de serviços de saúde nas suas comunidades, a falta de dinheiro foi a razão predominante em todas as localidades, seguida pelo entendimento de que se trata de uma responsabilidade do governo e ainda por causa do desemprego (Figura 37).

Nas IDI e FGD, em todos os locais, as considerações financeiras foram o principal obstáculo aos contributos individuais para a prestação de serviços essenciais de saúde. Os debates com os participantes revelaram uma diversidade de razões para a não participação, incluindo razões económicas. As mulheres adultas urbanas alegaram:

“O que nos impede de participar é que é impossível ajudar se não tivermos meios para isso. Assim não podemos ajudar. O que podemos fazer é sensibilizar as pessoas” (FGD, mulheres adultas urbanas).

Para uma líder comunitária, a exclusão resulta das prioridades do programa. Considerou que o governo não fazia o suficiente pela saúde das pessoas, apenas se interessando pela vacinação.

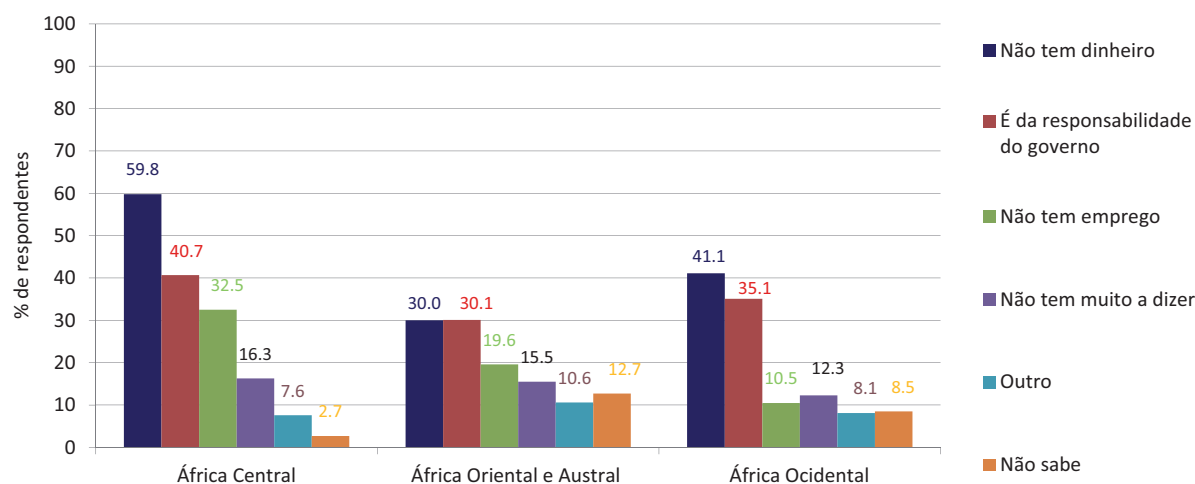


Figura 36: Razão para a falta de vontade em contribuir para a prestação de cuidados de saúde na Sub-Região

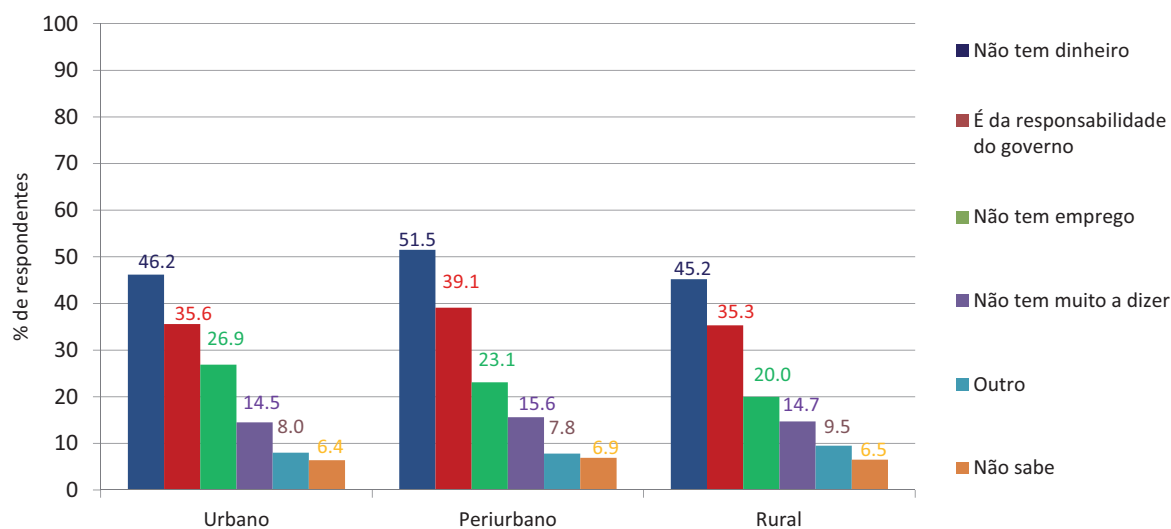


Figura 37: Razões para a falta de vontade em contribuir, por Sub-Região

Expectativas da comunidade

A Figura 38 ilustra as perspectivas da comunidade acerca do que se pode fazer para melhorar a forma como os serviços de cuidados de saúde são prestados. Em ambas as regiões, quer de baixo quer de alto desempenho, a disponibilidade de medicamentos foi classificada como a primeira prioridade. Os respondentes realçaram ainda a importância de reduzir o tempo de espera nas unidades.

Opiniões sobre a melhoria dos serviços de saúde

A Figura 39 mostra que os membros das comunidades gostariam que os funcionários e os agentes de saúde se preocupassem em melhorar a prestação de serviços de saúde.

Em todos os locais, mais de 65% dos respondentes acharam que os serviços prestados precisavam de grandes melhorias. Apenas cerca de 10% acharam que os serviços eram bons. Os resultados reforçam os dados anteriores, que reflectem os elevados níveis de insatisfação e a opinião de que os serviços são inadequados.

Caixa 5: Utilização dos serviços de saúde—opiniões dos agentes de saúde

- 5.1 “As pessoas conhecem bem a unidade de saúde que existe e utilizam-na. O único problema é que não aparecem dentro do horário. A maioria aparece no centro de cuidados de saúde por volta das 11h da manhã, quando o pessoal já saiu para dar apoio às pessoas noutros locais (serviço externo)” (agente de saúde).
- 5.2 “A maioria das vezes, quando as unidades de saúde se localizam em áreas de difícil acesso, as comunidades têm dificuldade em chegar lá. Se for demasiado longe, as pessoas não vão. Acabam por ir sempre a um local que seja mais próximo, independentemente do seu nível” (Chefe distrital de saúde).
- 5.3 “Este governo local carece de pessoal competente e isso afecta o acesso das pessoas às unidades de cuidados de saúde. As pessoas que lá trabalham não estão satisfeitas. Chegam a escrever, dizendo que não paguem às pessoas que cá trabalham. Por exemplo, esta senhora está cá a trabalhar desde ontem. Trabalha de manhã, à tarde e à noite e, depois disso, ninguém lhe paga. A falta de pessoal é outro problema que tenho com eles, pois recusaram-se a empregar mais pessoas” (HOD, saúde).

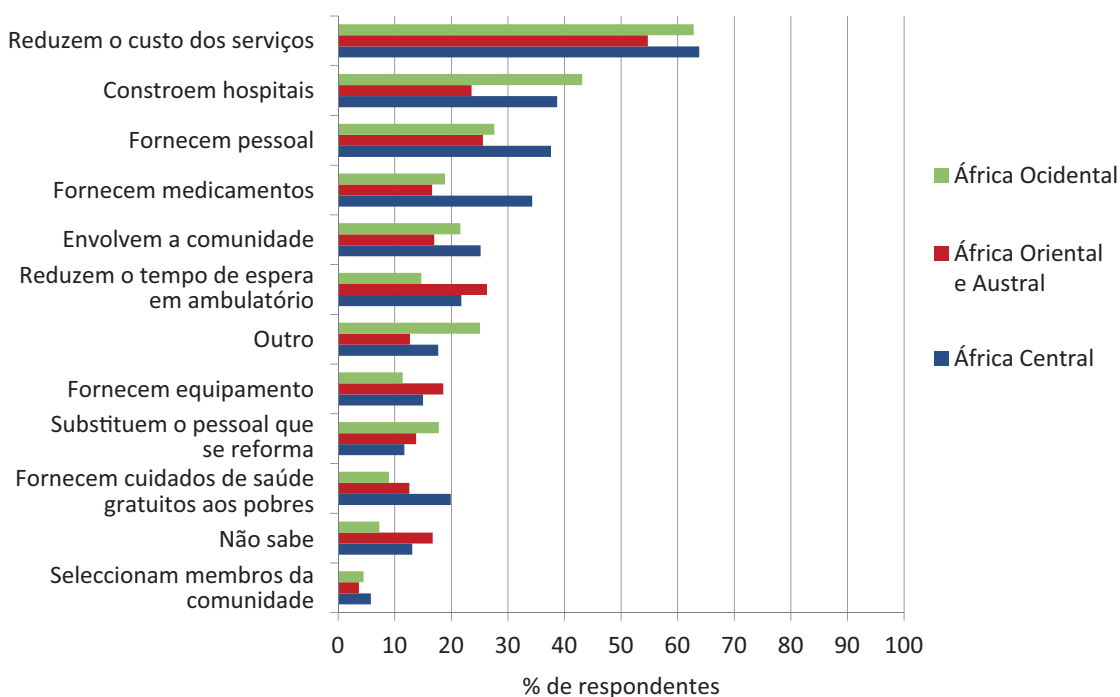


Figura 38: Formas de melhorar o sistema de saúde comunitário nas Sub-Regiões

Caixa 6: Questões emergentes—opiniões dos agentes de saúde

- 6.1 “A distância entre as residências e esta unidade é também um dos maiores desafios que enfrentamos. Por essa razão, os que moram longe da unidade não podem ter qualquer acesso aos nossos serviços. Meio de transporte para a unidade, é coisa do passado, ou seja, apenas temos dois veículos que transportam as pessoas deste centro comercial às 6h00 e às 6h30 da manhã e que só volta às 17h00 da tarde. O que fazer então quando se adoce a meio do dia?” (funcionário de saúde).
- 6.2 “A falta de corrente eléctrica na zona é um entrave para as actividades do centro e das comunidades. Apesar disso, os postos de saúde sem corrente eléctrica têm um gerador para o armazenamento das vacinas. Foi registado que apesar da ausência de corrente eléctrica em algumas unidades de saúde, todas estas estruturas têm um frigorífico para armazenar as vacinas” (médico-chefe de distrito).
- 6.3 “Quando se envolve alguém na prestação de serviços, eles querem sempre remuneração. É o caso das campanhas de vacinação (nas JNV), todos querem participar mas depois pedem logo dinheiro. Se não se lhes der nada, eles ficam descontentes e, quando forem convocados para as reuniões, qualquer reunião a que eles assistam, querem sempre qualquer coisa e nenhum prestador de cuidados de saúde pode patrocinar economicamente essas reuniões. Mesmo a nível estatal, se forem chamados para uma reunião da comissão de desenvolvimento do distrito, só alguns aparecem e pedem logo alguma coisa, seja transporte ou outra coisa qualquer ...” (médico-chefe de distrito).
- 6.4 “Como mencionado no pacote mínimo de actividades, na esfera do financiamento, o director do distrito de saúde inicia a criação de uma mútua de seguros na área de captação. A última direcção achou útil criar uma mútua de seguros de saúde que ajudasse as pessoas pobres a pagarem os cuidados de saúde” (médico-chefe de distrito).
- 6.5 “Eles deveriam dotar-nos com fundos para satisfazer as solicitações da comunidade. O financiamento dos CSP deveria ser aumentado e, por vezes, os fundos demoram muito tempo a ser desembolsados; por isso, a gestão do tempo deveria também ser tida em consideração” (funcionário de saúde).
- 6.6 “Não temos capacidade para lidar com emergências e, sempre que chega um doente, nós rezamos para que não seja uma caso urgente, porque se isso acontecer não sabemos o que fazer” (responsável médico).

4.5 OBJECTIVOS DO SISTEMA DE SAÚDE E CAPITAL SOCIAL

Os resultados nesta secção estão organizados e apresentados do seguinte modo: (i) direito que as pessoas têm de exigir serviços de saúde ao governo; (ii) confiança das pessoas num governo que satisfaça as suas necessidades em saúde; (iii) direito das pessoas a pedir que o governo resolva os problemas que as afectam; e (iv) liberdade das pessoas para se exprimirem acerca de questões de saúde, sem receio de represálias por parte do governo.

Direito das pessoas a exigirem ao governo a prestação de serviços de saúde

Os membros das comunidades têm diferentes modos de considerar que os governos devem dar resposta às questões do seu interesse nas suas comunidades. Globalmente, os políticos (55,1%), líderes comunitários (51,4%) e líderes religiosos (46,8%) são considerados como tendo

mais direitos e, por isso, capazes de responsabilizar os governos, em comparação outros grupos de pessoas nas suas respectivas comunidades (Figura 40).

Foi efectuada uma análise mais aprofundada por local de estudo sobre os direitos das pessoas a exigirem ao governo a prestação de serviços de saúde. Os líderes comunitários foram considerados como tendo grande influência no Senegal, Camarões, Níger e Noroeste da Nigéria, em todas as zonas do estudo (urbanas, periurbanas e rural). No Quénia, foram considerados como tendo maior influência nas zonas urbanas do que nas outras. Como mostra o Quadro 11, os líderes da comunidade foram os menos considerados como tendo muita influência na Argélia e Uganda, nas Sub-Regiões.

Relativamente aos políticos, estes foram considerados como tendo muita influência nas zonas urbanas, periurbanas e rurais, no Senegal,

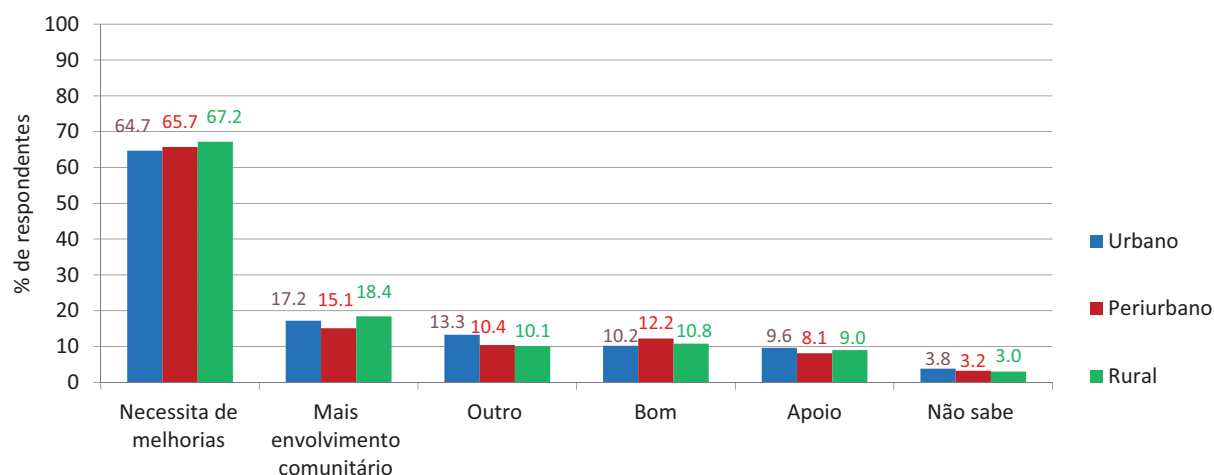


Figura 39: Percepção dos respondentes sobre o estado do sistema de saúde, por localidade

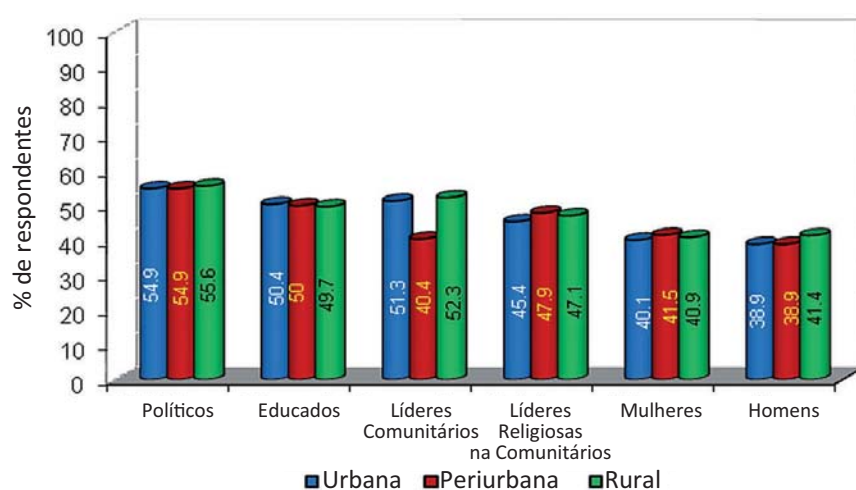


Figura 40: Percepção do direito das pessoas a exigirem ao governo a prestação de serviços de saúde

Quadro II Percepção do direito dos líderes da comunidade a exigirem ao governo a prestação de serviços de saúde

Local do Estudo	Urbanas		Periurbanas		Rurais	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Argélia	56	20,0	59	21,1	68	24,3
Camarões	187	70,0	172	63,2	170	62,7
República Centro-Africana	136	50,9	143	54,0	156	58,9
RDC Oriental	137	48,9	175	26,8	62	22,1
RDC Ocidental	111	39,6	121	43,2	126	45,0
Quênia	227	65,4	164	49,8	162	53,7
Níger	173	63,6	172	63,5	176	64,9
Noroeste da Nigéria	189	67,5	189	67,5	125	44,6
Sudeste da Nigéria	119	42,5	152	54,3	147	52,5
Sudoeste da Nigéria	108	39,1	111	39,8	125	41,7
Senegal	240	88,2	208	76,5	248	91,2
África do Sul	180	58,1	103	46,4	158	57,5
Uganda	32	11,4	41	14,7	49	17,5

Quênia, Níger e Camarões, mas não na Argélia nem no Uganda. Especificamente, nas zonas rurais, os políticos foram considerados como

tendo muito mais influência no Senegal e Níger do que em todos os outros locais do estudo, como mostra a Figura 41.

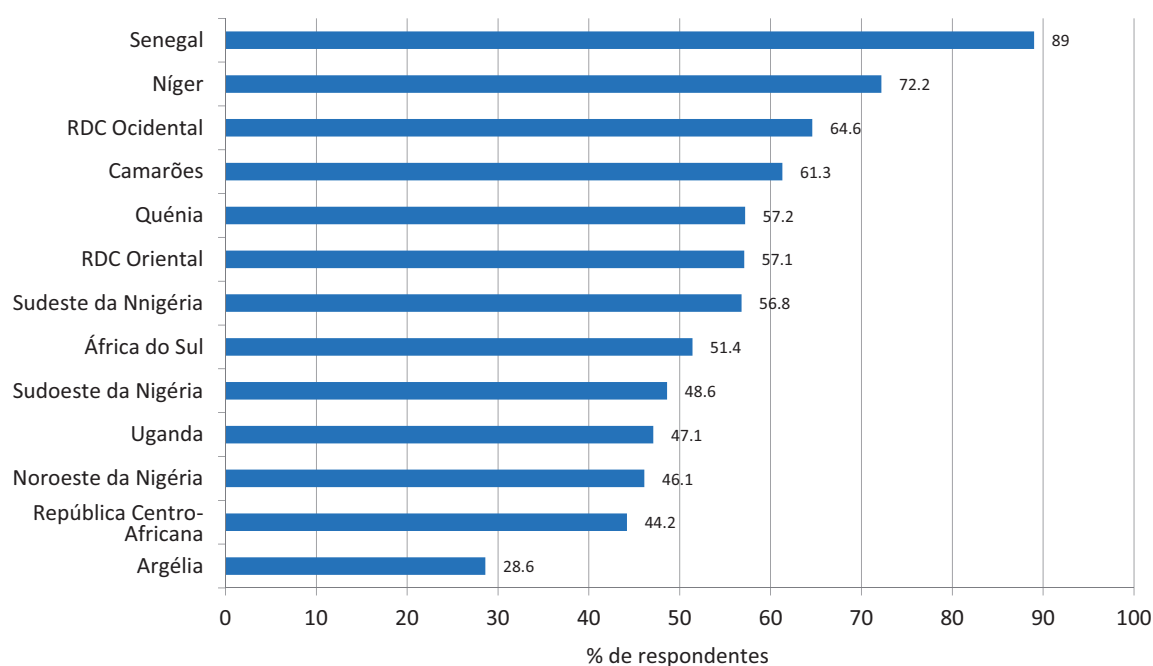


Figura 41: Percepção dos direitos dos políticos a exigirem ao governo a prestação de serviços de saúde nas zonas rurais

Os líderes religiosos foram considerados como tendo uma profunda influência em todas as localidades no Senegal, Níger, RDC Oriental e República Centro-Africana, com mais de 50% dos respondentes em cada zona a citarem a sua influência. Também foram considerados de grande influência ($\geq 50\%$) nos Camarões, RDC Oriental, Quênia, Noroeste da Nigéria e Senegal, nas zonas periurbanas. Os funcionários públicos com experiência de trabalho com o governo e com as comunidades reiteraram a importância de educar e sensibilizar as pessoas para os seus direitos de pedir uma prestação eficaz dos serviços de saúde:

“É muito importante sensibilizar as pessoas para os seus direitos e para o que lhes é devido. (...) As nossas populações não atingiram ainda esse nível, para poderem livremente exigir serviços aos responsáveis, especialmente ao governo... Quando não têm água, não vão aos serviços de abastecimento de água para exigirem água potável e segura... Mesmo quando se trata de outros sectores, é ainda difícil que as pessoas vão, por exemplo, ao responsável pela comercialização e dizerem: “Nós temos aqui este tipo de negócio, pode ajudar-nos a gerir melhor a nossa empresa?” Por isso, penso que a população não aprendeu ainda

a maximizar os benefícios da experiência já existente” (IDI, agente de saúde, rural).

Confiança das pessoas na resposta do governo às suas necessidades de saúde

Globalmente, 40,5% dos respondentes indicaram que sempre confiaram no governo para responder às suas necessidades. Destes, 37,5%, 41,7% e 42,4% eram, respectivamente, respondentes urbanos, periurbanos e rurais. Cerca de dois quintos (41,1%) dos respondentes indicaram que, por vezes, eles confiavam no governo para prestar correctamente serviços de saúde. No entanto, 13,8% referiram que nunca acreditaram que o governo agisse correctamente no interesse das pessoas. As análises feitas nos locais revelaram que a percentagem de respondentes que confiavam sempre no governo para actuar correctamente era mais elevada nas zonas rurais do que nas urbanas e periurbanas, excepto na Argélia e na RDC Ocidental, onde era mais elevada nas zonas urbanas. O Noroeste da Nigéria, Senegal e África do Sul registaram percentagens mais elevadas nas zonas periurbanas do que nas zonas rurais (Quadro 12).

A desconfiança de que o governo faça o que é certo para as pessoas foi parcialmente devida à contínua escassez de medicamentos e de pessoal no sector da saúde pública. Globalmente, 74%

Quadro 12 Confiança na resposta continuada do governo aos direitos humanos da saúde, por localidade

Local do estudo	Urbanas		Periurbanas		Rurais	
	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes	Número de referências	% de respondentes
Argélia	139	56,2	139	49,6	146	52,1
Camarões	150	56,2	162	59,6	168	62,0
RCA	180	67,2	193	72,8	206	78,3
RDC Oriental	106	37,9	110	39,3	163	58,2
RDC Ocidental	93	35,4	49	17,5	89	31,8
Quênia	113	32,6	151	45,9	144	47,4
Níger	65	23,9	96	35,3	78	28,8
Noroeste da Nigéria	142	50,7	162	57,9	99	35,4
Sudeste da Nigéria	68	24,3	40	14,3	76	27,1
Sudoeste da Nigéria	52	18,8	67	24,0	65	23,6
Senegal	67	24,6	93	34,2	52	19,1
África do Sul	76	24,7	104	45,6	100	36,9
Uganda	125	44,6	127	45,5	143	51,1

dos respondentes referiram que não conseguiram receber todos os medicamentos que lhes foram prescritos durante a última doença antes do estudo. Desses, 72%, 73,9% e 74,9% eram, respectivamente, residentes em zonas urbanas, periurbanas e rurais. Um líder comunitário afirmou:

“Nós fazemos ou não parte deste país? Deveriam dar-nos um médico, deveriam dar-nos medicamentos... Amanhã eles voltam a mandar cá outras pessoas para nos entrevistarem e perguntarem quais são as nossas necessidades. Nós conseguimos construir este centro de saúde. O governo... não temos a certeza se ele ainda está a funcionar! Um dia destes, eles aparecem cá para nos pedirem os votos!” (IDI, líder comunitário rural).

Os elevados custos dos tratamentos e as atitudes negativas dos agentes de saúde para com os doentes nas unidades de saúde do sector público eram também uma fonte de desconfiança no governo para prestar serviços de saúde. Isto foi frequentemente repetido nos debates em grupos de reflexão, em todos os locais do estudo:

“Eu diria que o país não está a sofrer devido ao sistema de saúde. Ele sofre devido à falta de meios para fazer funcionar o sistema. Os programas existem, mas não têm capacidade para implementar as suas políticas” (IDI, prestador de saúde).

Alguns respondentes foram de opinião que existe desigualdade na distribuição dos

serviços de cuidados de saúde por parte do governo, porque há maior fornecimento de materiais e equipamentos nas cidades.

“Gostaria de pedir às autoridades governamentais que honrassem o seu compromisso relativamente ao seu contributo financeiro às unidades de saúde, de modo a garantir cuidados de saúde grátis para as crianças. Se eles o não fizerem, as unidades de saúde terão de fechar, porque perdem bastante dinheiro com o pagamento de medicamentos e o tratamento gratuito das crianças. Como o governo não paga para as crianças, os fundos das unidades de saúde diminuí constantemente, até que acabarão por fechar” (IDI, líder comunitário, rural).

“A minha pergunta ao governo é, se nós somos todos cidadãos deste país, quer vivamos na aldeia quer na cidade, por que razão é que ele não nos fornece os produtos que nos facilitaríamos a vida, como faz com as pessoas que vivem na cidade?” (FGD, homem adulto rural).

Conhecimento que as pessoas têm acerca do direito de exigirem que o governo dê resposta aos seus problemas de saúde

Globalmente, 80,6% dos respondentes estavam conscientes dos seus direitos de exigir que o governo dê resposta aos problemas de saúde que lhes dizem respeito. Destes, 77,5%, 82,6% e 81,9% eram, respectivamente, residentes das zonas

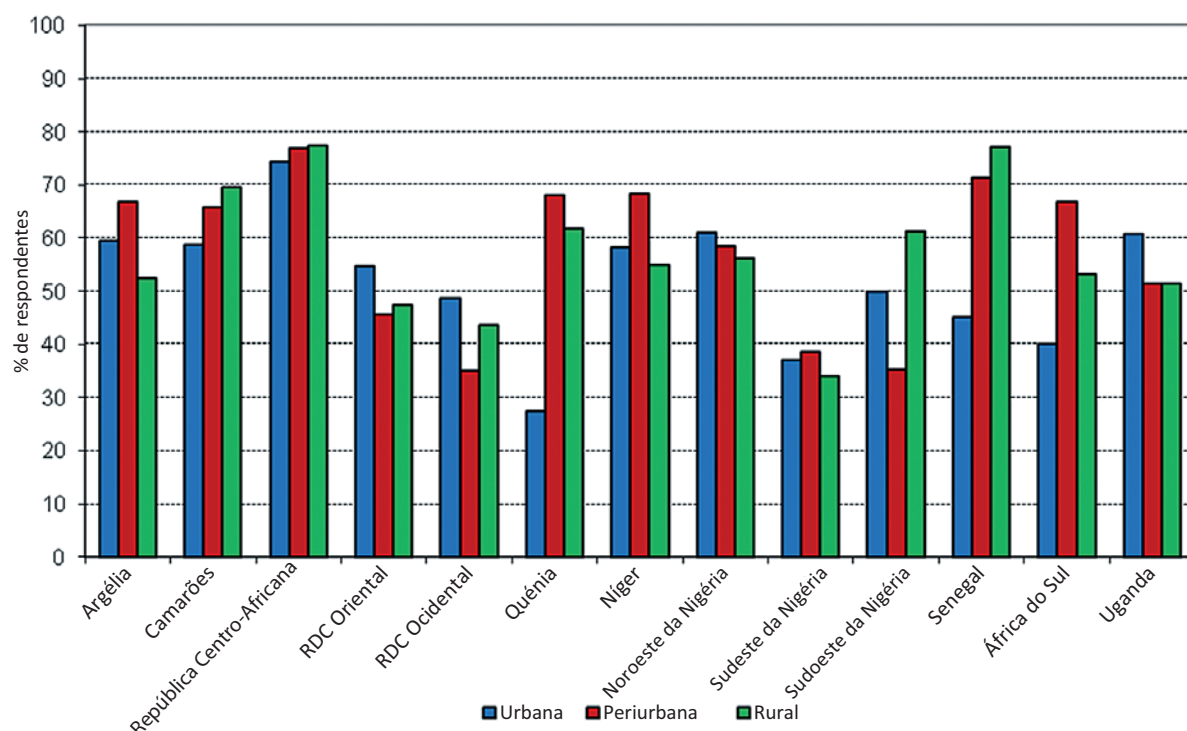


Figura 42: Liberdade das pessoas se expressarem em matéria de saúde, sem represálias do governo

urbanas, periurbanas e rurais. A análise local revelou um padrão semelhante em todos os locais do estudo, excepto no Uganda (67%) e na África do Sul (53,7%), onde o conhecimento era inferior nos respondentes urbanos. Alguns membros das comunidades usavam efectivamente esse conhecimento para pressionar o governo em favor de intervenções de saúde nas suas comunidades.

Apesar do conhecimento que as pessoas têm do seu direito a que o governo dê resposta aos problemas de saúde que lhes interessam, a falta de resposta aos esforços comunitários por parte do governo é desanimador para as comunidades.

“A estrutura sanitária foi construída até ao nível do telhado pelos esforços da comunidade, mas o governo não conseguiu financiar as comunidades para construírem o telhado e a estrutura abateu” (FGD, homem adulto rural).

Em outro local, através da mobilização comunitária, um projecto destinado a fornecer alojamento para o pessoal de saúde foi interrompido por um chefe local, porque ele achou que não era adequado que a comunidade fizesse isso:

“Há algum tempo, comprámos um lote de terreno para construir uma residência para

o pessoal de saúde, para que eles pudessem trabalhar com condições. Em seguida, começámos a moldar os blocos e a deitar areia no local. Depois, o presidente do governo local da altura, disse que não precisávamos de construir a residência porque o governo o faria. Neste momento, a residência ainda não foi construída e todos os blocos e a areia são material perdido” (IDI, líder comunitário, periurbano).

Liberdade de expressão em matéria de saúde, sem receio de represálias do governo

Os respondentes afirmaram mais facilmente sentir-se completamente livres para se expressarem, sem receio de represálias do governo, nas zonas periurbanas e rurais do que nas zonas urbanas, à excepção da RDC Oriental, RDC Ocidental e Noroeste da Nigéria e Uganda, onde o resultado foi mais elevado nas zonas urbanas do que nas periurbanas e rurais (Figura 41). Globalmente, 55,7% dos respondentes declararam sentir-se totalmente livres para se expressarem, pertencendo 51,4%, 59% e 56,9%, respectivamente às zonas urbanas, periurbanas

e rurais (Anexo 10). Todas as três Sub-Regiões notificaram mais de 85% de respondentes que têm alguma liberdade (seja total ou parcial) para se expressarem. Nomeadamente, na Sub-Região Ocidental, apenas 11% dos respondentes acharam que não havia liberdade nenhuma (Anexo 11).

Na globalidade, os homens (53,3%) declaravam mais facilmente que se sentiam totalmente livres para se expressarem, sem receio de represálias do governo, do que as mulheres (46,7%) e o padrão foi o mesmo nas zonas urbanas, periurbanas e rurais, conforme mostra a Figura 42.

5 Discussão

Os resultados apresentados neste relatório baseiam-se numa larga amostragem de respondentes oriundos de diversos países, representando mais de 52% da população e uma percentagem significativa (26%) dos países da Região. O tamanho dessa ampla amostragem de 10 932 pessoas fornece uma base sobre a qual assenta o debate, para extrair as implicações dos resultados sobre as percepções e perspectivas das comunidades em matéria de prestação de serviços de saúde.

Os governos nacionais, parceiros do desenvolvimento, organizações da sociedade civil (OSC) e comunidades são confrontados com o desafio de fornecer cuidados de saúde às pessoas em África. Os serviços preventivos e curativos, assim como as actividades de promoção da saúde, foram intensificados desde a formulação dos ODM, em sintonia com os objectivos e metas nacionais para a saúde. Esta maior ênfase no reforço do sistema de saúde, nos últimos cinco anos, representou uma oportunidade para os actores da saúde na Região Africana da OMS avaliarem a capacidade dos sistemas nacionais de saúde para prestarem cuidados essenciais às populações.

Os Estados-Membros foram exortados, em vários fóruns⁶, a reforçarem os sistemas de saúde

e a financiarem a investigação, para promover programas e políticas baseadas em evidências. O modelo, em sentido lato, identifica seis pilares fundamentais de um sistema de saúde eficiente e eficaz. Coloca as pessoas no centro do sistema, servido por uma liderança e governação responsáveis, pessoal de saúde devidamente formado, financiamento, produtos médicos, prestação de serviços e informação (WHO 2010; Swanson, 2010).

O presente estudo integra várias recomendações para a investigação, plasmadas em vários acordos e declarações regionais e destinadas a fornecer um melhor entendimento sobre a forma de posicionar mais integralmente as comunidades urbanas, periurbanas e rurais num sistema de saúde reforçado. O estudo documenta as percepções e perspectivas das pessoas sobre a saúde, a prestação de serviços de saúde e os sistemas de saúde. Descreve igualmente as realidades dos cuidados essenciais de saúde, de forma a criar mecanismos mais apropriados de participação comunitária e uma prestação de serviços de saúde mais eficaz.

Percepções e conhecimentos comunitários sobre saúde

Percepção do que significa uma boa saúde: A esmagadora maioria dos respondentes aponta a

6 As principais reuniões e acordos incluem: a Declaração de Argel 2008 (Conferência Ministerial sobre Investigação em Saúde na Região Africana); a Declaração de Abuja sobre Investigação em Saúde (Março de 2006), a Declaração de Acra sobre Investigação em Saúde para o Controlo das Doenças e Desenvolvimento (Junho de 2006); a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de

Saúde Primários e Sistemas de saúde (Abril 2008); e a Declaração de Brazzaville sobre Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis na Região Africana da OMS (Abril de 2011).

capacidade de trabalhar, de se deslocar, de “ser forte”, quando consideram o que significa uma boa saúde, com especial ênfase para os aspectos emocionais, psicológicos, económicos, mentais e espirituais da saúde. A relevância da força física, na opinião da comunidade, é determinada pelos sistemas de produção agrícola, em que a agricultura é um trabalho intensivo e não mecanizado. A ligação entre a saúde e a capacidade financeira foi destacada por um participante no estudo do Uganda, que afirmou: “Se não tivermos dinheiro, não podemos ser saudáveis.” O conceito comunitário de saúde, que inclui uma dimensão de bem-estar espiritual, revela-se um importante contributo para este estudo sobre a definição de saúde. Essa dimensão espiritual é significativa, do ponto de vista da formação e da prática da saúde comunitária, por ser uma indicação formal dos antecedentes do comportamento de procura da saúde. Para os respondentes do estudo, a saúde é tanto pessoal como relacional e é também indicada pelo estado de saúde e bem-estar dos que nos rodeiam, identificada como “paz” nos dados qualitativos.

A análise da noção comunitária do que constitui a saúde e a definição-padrão original da OMS da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946; OMS, 2006) revela que existe uma convergência de entendimento, embora com uma componente adicional da saúde que tem sido reconhecida mas não totalmente integrada no discurso sobre a saúde. A Figura 43 mostra que as perspectivas da comunidade sobre a saúde integram elementos de bem-estar económico, emocional e espiritual.

No centro da concepção que as pessoas têm do mundo reside a sua ideia do espiritual e da interrelação entre todas as pessoas. Esta ideia é uma concepção mais forte da totalidade e do “completamento” que alarga o entendimento da saúde até ao corpo das relações interpessoais e a forma como estas têm implicações no bem-estar mental, emocional, económico e físico. Isto explica a razão por que os respondentes têm tendência a classificar o bem-estar a nível familiar ou de grupo como sendo superior à saúde pessoal ou individual. Esta perspectiva tem implicações na formação dos agentes de saúde, que deverá incluir um currículo que contenha conhecimentos de etnografia e que seja sensível

à cultura. Só assim a prestação de serviços de saúde poderá aproximar-se mais das pessoas, podendo os membros das comunidades e os profissionais discutir problemas de saúde numa linguagem e em termos que sejam mutuamente compreensíveis.

A tónica na capacidade física e na capacidade para trabalhar, se deslocar e “ser forte” baseia-se no contexto agrário da maioria das comunidades em estudo, onde os sistemas de produção são de trabalho intensivo e não mecanizado. Além disso, o aumento da migração rural-urbana coloca grande pressão sobre a produção rural dos alimentos, tornando a capacidade física uma medida primária da saúde individual. Reforçada pelas elevadas taxas de desemprego dos jovens, é sensata, na perspectiva das comunidades pobres, a ideia de que a saúde possui uma dimensão económica, isto é, que uma pessoa é saudável porque é economicamente capaz de satisfazer as suas necessidades básicas.

As perspectivas comunitárias dos sistemas de saúde estão relacionadas com a sua perspectiva global de boa saúde. De acordo com os respondentes, um bom sistema de saúde deverá: ser centrado nas pessoas (no indivíduo e nas famílias), com forte participação das comunidades; ter uma boa liderança, governação e orientação; e funcionar num ambiente favorável, conforme ilustra a Figura 44⁷.

É importante reconhecer que, quando as pessoas utilizam as unidades de saúde, estão mais preocupadas com os serviços existentes e com o modo como os prestadores as tratam. Embora o financiamento seja uma importante componente de um sistema de saúde, a atenção das pessoas centra-se no resultado final: se é traduzido em disponibilidade de equipamento e material e se o pessoal é em número suficiente e acolhedor.

Problemas de saúde comuns: Há elevados níveis de conhecimento, tanto das doenças transmissíveis, DT, como das doenças não transmissíveis, DNT, em todos os locais do estudo. O paludismo foi citado como a doença mais comum, o que está de acordo com as últimas estimativas

7 Esta Figura foi construída pela equipa de investigação, para ilustrar os principais elementos de um sistema de saúde, conforme articulado pelos respondentes, através quer de dados quantitativos quer de dados qualitativos.

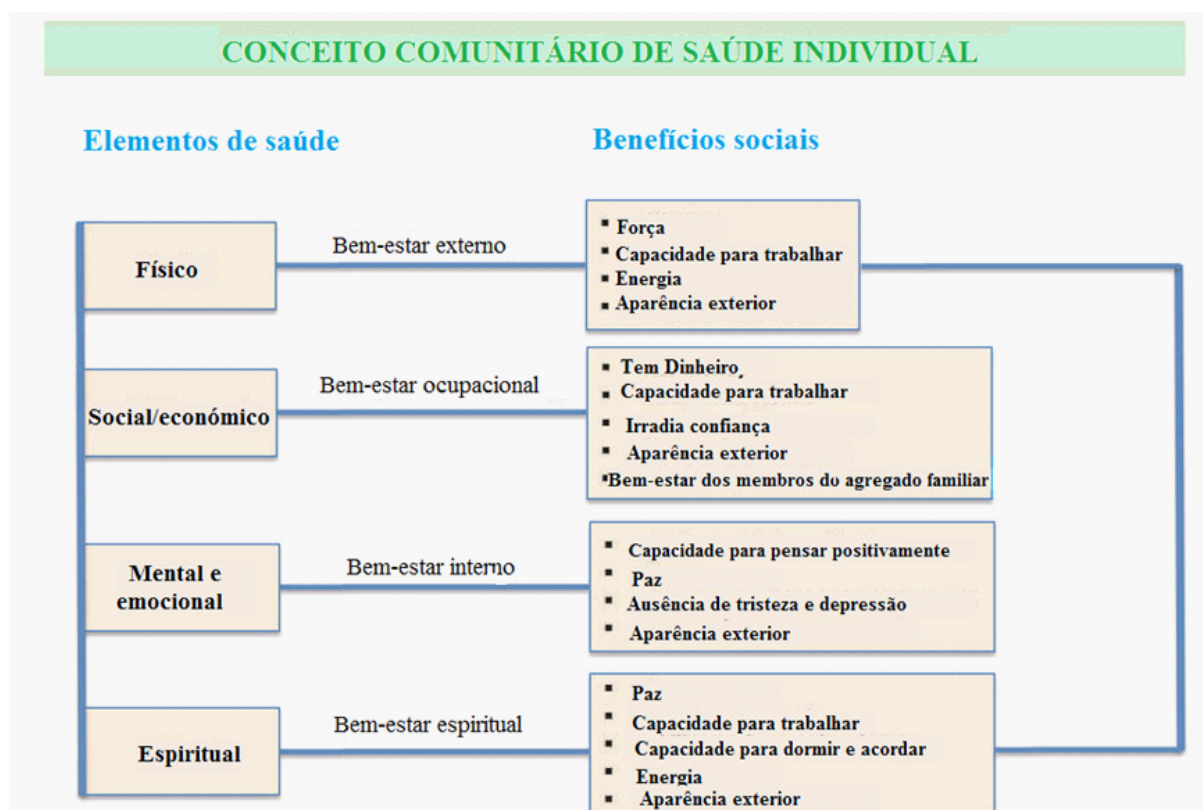


Figura 43: Conceptualização da saúde individual baseada na percepção de saúde dos respondentes

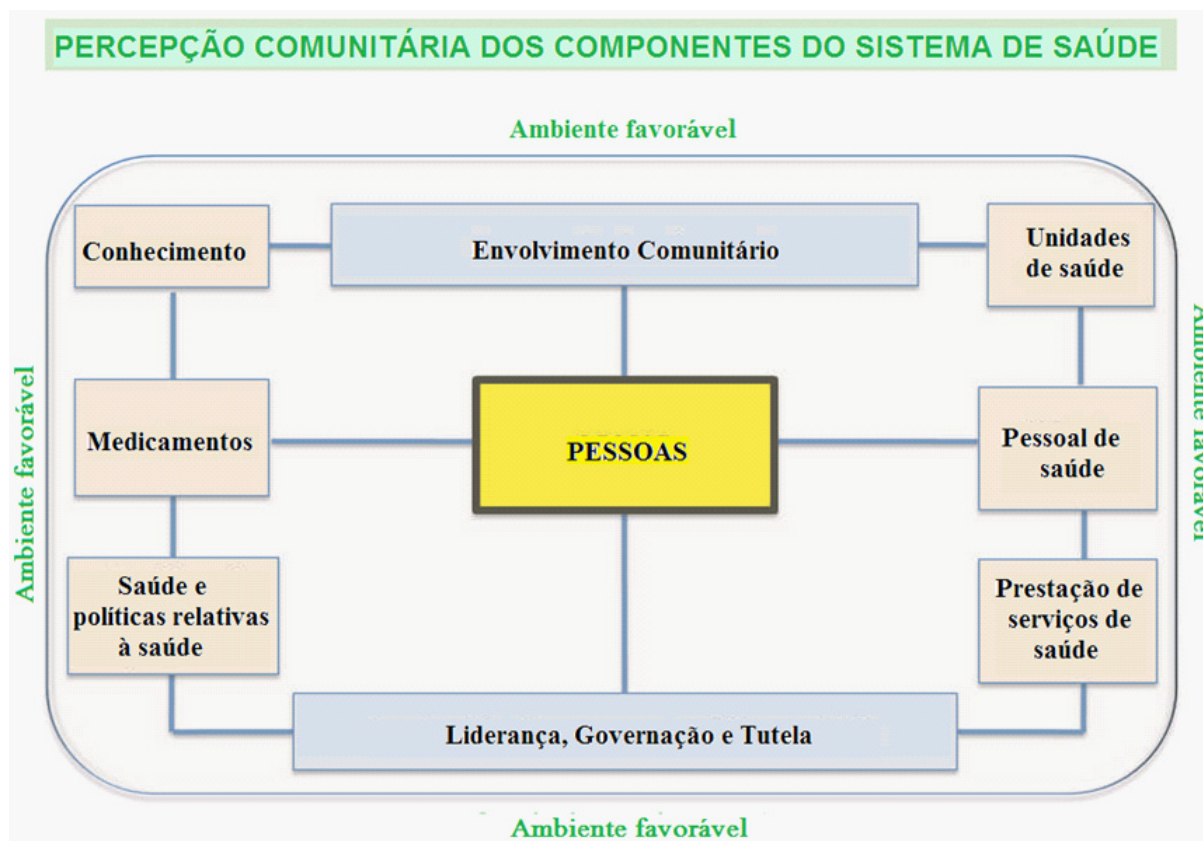


Figura 44: Perspectivas comunitárias de uma boa sistema de saúde

da OMS (2010b). As estimativas indicam que ocorrem anualmente 250 milhões de casos de paludismo, com um número anual associado de cerca de 781 000 de mortes (OMS, 2010b). O maior peso da doença causado pelo paludismo, é suportado pelas populações que vivem nas zonas altamente endêmicas da África Subsariana, onde as populações de mais alto risco são as mulheres grávidas e as crianças menores de cinco anos (Akweongo, 2011; Okeibunor et al, 2011; Heggenhougen, Hackethal and Vivek 2003). Os dois países envolvidos no estudo, que notificaram níveis de paludismo muito baixos, foram a Argélia e a África do Sul. A Argélia é um dos dez países que se encontram na fase de eliminação do paludismo (OMS, 2010b). Embora a África do Sul tenha algumas regiões onde o paludismo é endêmico, o estudo foi realizado em Gauteng e nas regiões orientais, onde a prevalência do paludismo é geralmente baixa. O paludismo em crianças menores de cinco anos tem sido frequentemente sobrediagnosticado em muitos países endêmicos (Koram, Molyneux, 2007). Por isso, a menção dos respondentes de que o paludismo é o problema de saúde mais comum tem que ser interpretado com cautela.

Conhecimento das doenças não transmissíveis: Os resultados mostram elevados níveis de conhecimento da hipertensão e diabetes, bem como de outras DNT, incluindo a saúde mental. Embora todos os locais referissem a presença dessas doenças, é de salientar que a Argélia, RDC, Nigéria (algumas zonas), Senegal e África do Sul têm níveis mais elevados de conhecimento. Estima-se que a prevalência mundial da hipertensão nos adultos (25 anos e mais) tenha sido de 40% em 2008 (Mensah, Bakris 2011), embora as taxas de prevalência na maioria dos países africanos continue desconhecida (Bosu, 2010). É fundamental compreender o duplo peso das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de modo a estruturar os serviços de saúde para darem uma resposta apropriada (OMS, 2011). As DNT, em particular, podem ser crônicas e necessitar de tratamentos de longa duração em ambiente comunitário. A este respeito, a declaração política adoptada pela Cimeira de Alto Nível das Nações Unidas sobre as DNT (2011) reconheceu o papel essencial do reforço dos sistemas de saúde, com a activa participação da sociedade civil, do sector privado e comunidades (os utentes dos serviços

de saúde), para fazer face a essas doenças, num contexto adequado, evitando assim o recurso desnecessário aos centros de saúde.

Ações para manutenção de uma boa saúde: A higiene foi identificada neste estudo como uma medida-chave para manter a saúde, tratando-se de uma importante preocupação, visto que a maioria dos problemas de saúde da Região são evitáveis através de medidas como a melhoria da higiene pessoal e comunitária. O acesso a água potável segura é ainda baixo na maioria dos países da Região (UN, 2010). Medidas como a procura imediata de cuidados de saúde, exames regulares, exercício físico regular e evitar os factores de risco, são importantes para a prevenção e controlo das doenças. A rapidez de acesso a cuidados de saúde é fundamental em situações de doenças agudas, como o paludismo e a pneumonia entre as crianças, bem como para os problemas de saúde assintomáticos (incluindo as DNT). Surpreendentemente, a prevenção de comportamentos de risco teve uma baixa classificação, apesar de terem sido desenvolvidos grandes esforços nas últimas três décadas para educar as comunidades urbanas, periurbanas e rurais relativamente às mudanças de comportamentos, particularmente na resposta à pandemia do VIH/SIDA.

Percepção das fontes de cuidados de saúde: As unidades de saúde pública foram as fontes de cuidados de saúde mais vulgarmente citadas. No entanto, estes serviços foram considerados como visando, sobretudo, crianças e mulheres em idade fértil, com prejuízo das pessoas mais idosas, dos homens e das mulheres (Rosato et al, 2008). Consequentemente, para a maioria dos respondentes, o principal papel do governo na prestação de cuidados de saúde é visto como a vacinação e a prestação de serviços de saúde às mulheres e às crianças. Esta percepção precisa de ser considerada, pois o envolvimento masculino é importante para o tratamento das doenças, particularmente em África, onde são eles quem tomam quase sempre as decisões no seio da família (UNICEF, 2006). De facto, esta observação influenciou substanciais mudanças na prática, pelas agências que trabalham com a saúde reprodutiva, com vista à promoção do envolvimento masculino nos seus programas.

Unidades de saúde: A falta de disponibilidade de medicamentos, a má atitude dos prestadores de cuidados de saúde e os longos tempos de espera foram as principais razões mencionadas para a má classificação das unidades de saúde pública. A satisfação é um dos princípios orientadores essenciais para o reforço dos sistemas de saúde (Swanson et al, 2010), mas continua a ser um desafio na Região. Para os respondentes que estavam satisfeitos com os serviços, os principais factores que contribuíam para a sua opinião positiva eram a competência dos prestadores de cuidados de saúde e o ambiente acolhedor.

Responsabilidade pela manutenção da saúde das famílias: O chefe de família foi considerado como sendo o responsável pela saúde da família e cuidados a serem prestados. Isso pode reflectir a fonte dos gastos com a saúde para muitas famílias, que dependem dos membros da família e não de um seguro de saúde ou de qualquer forma de comparticipação. O facto do chefe de família ser considerado o responsável pela saúde implica que ele tenha que ser “forte” para o poder fazer. A necessidade de ser saudável é claramente ilustrada na literatura sobre o VIH/SIDA, onde a morte do chefe de família é uma privação para as famílias, atirando-as para a mais profunda pobreza (Desmonda, Michaela ed Gowb, 2000).

Participação comunitária na tomada de decisões sobre a saúde: O envolvimento dos membros das comunidades na tomada de decisões sobre a saúde, um factor essencial para o reforço do sistema de saúde, foi geralmente escasso em todos os locais. Esta observação foi sobretudo correlacionada com questões operacionais, como a falta de apoio material para esse compromisso e a limitada capacidade dos membros das comunidades para se envolverem. Foi também referida a sensação de exclusão deliberada da tomada de decisões por parte dos sistemas de saúde. Os Chefes dos Governos que participaram na Conferência do Rio, de 2011, sobre os Determinantes Sociais da Saúde, salientaram a importância das abordagens participativas nas políticas e sua implementação. Esta questão é discutida a seguir, na parte dedicada ao capital social.

Principais fontes de informação sanitária: Os anúncios radiofónicos e comunitários foram as principais fontes de informação sobre saúde,

conforme foi referido pelos participantes no estudo. Embora os folhetos e os cartazes tivessem sido largamente usados para o marketing social, os resultados revelam que esses canais de comunicação podem não ser eficazes na transmissão de mensagens de saúde. Tal pode dever-se ao limitado envolvimento das comunidades na criação desses materiais de educação para a saúde, apesar das evidências de que a integração das crenças das pessoas na concepção de materiais de comunicação possa ser a chave para garantir o êxito das intervenções de saúde (Escott e Walley, 2005). Swanson et al (2010) chamaram especialmente a atenção para a geração e a aplicação de conhecimentos aos níveis familiar e das comunidades, através de estratégias de investigação formativa e de comunicação para a mudança de comportamentos (BCC), que podem conduzir, a longo prazo, a sistemas de saúde mais robustos. Essa capacidade de promoção é essencial para permitir uma eficaz apropriação comunitária, distrital e nacional dos programas de saúde.

Experiências das pessoas com os serviços de saúde

As percepções e as perspectivas das pessoas são influenciadas e modeladas pelos contactos individuais e comunitários com o sistema de saúde. A interacção entre os prestadores de cuidados de saúde e as pessoas é importante para determinar as experiências das pessoas com a prestação de saúde. Essa interacção determina igualmente o modo como os membros das comunidades utilizam os serviços de cuidados de saúde, o local onde recorrem a esses serviços e a medida em que participam na prestação de serviços de saúde. Estas experiências divergem de local para local (cenários rurais, urbanos, periurbanos, bem como cenários pós-conflitos) e por tipo de serviço de saúde (primário, secundário, terciário, privado, tradicional, etc.).

Acesso a cuidados de saúde: os principais obstáculos ao acesso aos cuidados, referidos no estudo, foram o preço dos cuidados de saúde, o grande afastamento das instalações, os inadequados e dispendiosos sistemas de transporte, a má qualidade dos cuidados e a incorrecta atitude dos prestadores de serviços de saúde. O Programa Africano de Luta contra a Oncocercose reportou que, na RDC, 20% das comunidades com

oncocercose endêmica estavam localizadas entre 11 a 20 quilômetros da unidade de saúde mais próxima (OMS, 2008g). A escassez de agentes de saúde qualificados, a discriminação contra os que não podem pagar e os débeis mecanismos de referência de doentes são desafios fundamentais ao acesso a serviços de saúde. Esta questão aponta para uma desigualdade no acesso a cuidados de saúde, uma preocupação primordial quando se enfrentam os determinantes sociais da saúde (OMS, 2008f).

Grande parte dos problemas de saúde não aparecem nas unidades de saúde imediatamente após a sua ocorrência. Ora, a procura imediata dos cuidados é uma medida fundamental para a prevenção e tratamento eficaz das doenças. A febre, o paludismo, a artrite e os problemas mentais de saúde foram considerados, em muitos locais, como doenças a tratar fora do sistema de saúde. Para essas doenças, algumas pessoas procuram cuidados junto de curandeiros tradicionais, espiritualistas e vendedores autorizados de medicamentos e só consultam as unidades de saúde quando estas alternativas de tratamento falham (Ibidapo, 2005). O atraso na procura dos cuidados de saúde, um fenómeno largamente discutido na literatura, tem repercussões nos resultados da saúde (Amuyunzu-Nyamongo e Nyamongo, 2006; Okeibunor 2007a,b). Isso explica, em parte, o alto nível de mortalidade infantil associada ao paludismo e outras doenças agudas. O atraso na procura dos cuidados de saúde é considerado um desafio fundamental para responder com eficácia às DNT na Região (ONU, 2011).

A deficiente qualidade dos serviços e a falta de informação sublinham a fraca avaliação das unidades de saúde pública invocada pelos utentes. As características da baixa qualidade dos serviços incluem as deficientes infraestruturas, a incorrecta atitude do pessoal face aos doentes e a falta de medicamentos. Estes factores são os determinantes-chave dos fracos resultados da saúde, assim como das más apreciações. Os resultados do estudo são claramente ilustrativos dos aspectos práticos do Health Belief Model (Rosenstock, 1974). A utilização das unidades de saúde do sector público depende do valor que os utentes atribuem aos serviços de cuidados de saúde, bem como da sua estimativa do objectivo de atingir uma boa saúde. Os valores colocados nas opções disponíveis derivam

muitas vezes das experiências a longo prazo e da socialização. Os utentes, com experiências negativas na frequência das unidades de saúde, com a síndrome de “sem condições, não vale a pena” e a incorrecta atitude dos agentes de saúde, irão certamente classificar com de baixa qualidade as unidades de saúde do sector público (Frost e Reich, 2008).

Um dos factores resultantes das más experiências pessoais com os cuidados de saúde é que as comunidades recorrem ao auto-tratamento, procuram alternativas que se revelam ineficazes, ou só recorrem tardiamente aos cuidados de saúde, frequentemente com maus resultados para a sua saúde. Muitos recorrem a curandeiros tradicionais. Embora as curas tradicionais sejam um elemento-chave da procura de cuidados de saúde na Região, elas atrasam o acesso aos cuidados em tempo útil (Hatchett et al, 2004). A procura de fontes alternativas de cuidados de saúde indica que, se as pessoas tivessem dinheiro, iriam gastá-lo noutra local. Foi também referido que algumas unidades do sector privado, como os vendedores autorizados de medicamentos, por vezes aceitam que o pagamento seja feito mais tarde, prestando os cuidados quando estes são mais necessários. Estas observações deverão, no entanto, ser interpretadas no entendimento de que o uso que as pessoas fazem das unidades de cuidados de saúde é determinado por múltiplas razões, incluindo a religião e sistemas de crenças.

Prestadores de cuidados de saúde: os cuidados de saúde são procurados, sobretudo, nas unidades de saúde pública. Isto apesar da maioria dos respondentes achar que os serviços eram insuficientes. O principal factor associado a esta contradição é o reconhecimento de que as unidades de saúde do sector público são geridas por pessoal qualificado (Rutebemberwa et al, 2009; Rubel e Garro, 1992; Pathania, Almeida e Kochi, 1997, Auer et al, 2000; Konde-Lule et al, 2008, Ajayi et al, 2008; Abuya, 2010). Isso indica que a melhoria das unidades de saúde e dos serviços é uma medida fundamental para aumentar a sua utilização. As unidades de saúde privadas, incluindo as dirigidas por instituições de cariz religioso e OSC, complementam estes serviços de saúde pública, mas também eles carecem de melhorias, para poderem prestar cuidados de saúde de qualidade.

Prescrição de medicamentos: Os resultados mostram que as pessoas que recorreram às unidades de saúde pública receberam receitas, mas nem sempre conseguiram adquirir os medicamentos prescritos. Em alguns casos, elas consultaram unidades onde se passam receitas, sabendo que não conseguiriam comprar os medicamentos. Isso demonstra a necessidade de melhorar este aspecto da prestação de serviços de saúde. As implicações médicas e sociais de receber menos medicamentos (do que os receitados) e de não receber tratamento por “não encontrar nenhum dos medicamentos”, conduzem à deterioração da saúde, a contribuir para as resistências a certos medicamentos, ao não cumprimento do tratamento, assim como à perda da confiança no sistema de saúde pública, entre outras consequências negativas. As tecnologias de saúde, entre as quais os medicamentos, são reconhecidas como componentes essenciais de um sistema de saúde eficaz (OMS, 2008f).

Os resultados deste estudo sugerem uma insuficiência generalizada do abastecimento em medicamentos. Um achado surpreendente deste estudo são as marcadas diferenças regionais entre a RDC Ocidental, o Quênia, a África do Sul e o Uganda, o que indica uma maior disponibilidade de medicamentos nas regiões de baixo desempenho. Na África do Sul, os depósitos de medicamentos localizam-se na região de baixo desempenho (Cabo Oriental), enquanto que no Quênia as diferenças observadas entre as zonas poderão dever-se à existência de programas apoiados por parceiros e destinados ao VIH/SIDA, saúde reprodutiva e paludismo, no litoral. Isto pode também sugerir que os cenários de baixo desempenho utilizam menos os medicamentos devido a uma pressão mínima sobre o consumo. O acesso a medicamentos é ainda afectado pela vontade e a capacidade de pagar (TDR, 1996). Trata-se de um factor que carece de uma investigação mais profunda.

Pagamento pelos serviços de saúde: Os resultados mostram que é muito limitado o reembolso do dinheiro gasto em medicamentos, em todos os locais do estudo. No entanto, as comunidades estão a descobrir formas de resolver o financiamento da saúde. Em certos países, incluindo o Senegal, Níger e Nigéria, as comunidades criaram associações para resolver o problema das despesas relacionadas com as principais doenças,

mortes e funerais (Amuyunzu-Nyamongo e Ezeh, 2006). Os encargos com os cuidados de saúde, sob a forma de custos administrativos e de tratamento, assim como outras despesas directas, colocam uma pesada carga financeira nos ombros dos utentes pobres e suas famílias. Muitas pessoas não têm acesso a cuidados nas unidades de saúde do sector público, quando mais deles necessitam, enquanto outros não conseguem obter a transferência de que precisam para cuidados mais especializados. Os dados qualitativos revelaram que as pessoas nem sempre sabem o que vão pagar, quais os pedidos de pagamento legítimos ou como conseguir isenções. Tanto os encargos oficiais como não oficiais parecem economicamente incomportáveis para a maioria dos participantes no estudo. As isenções não obtidas como seguro de saúde continuam em estádios rudimentares de desenvolvimento na Região. Nos países em que se cobram taxas de utilização, há poucas evidências de que a qualidade dos cuidados tenha melhorado, mesmo com os fundos adicionais gerados por essas taxas.

Na maioria dos países, os seguros de saúde aplicam-se só às pessoas com empregos formais. Os seguros de saúde comunitários caracterizam-se por desigualdades geográficas e grandes limitações no pacote de benefícios (Roberts et al, 2004). Na Nigéria, Onwujekwe et al. (2010) salientaram que só menos de 40% das pessoas estavam dispostas a pagar o sistema do Seguro de Saúde de Base Comunitária (CBHI) para si próprias ou outros membros da família. A percentagem de pessoas dispostas a pagar era muito inferior nas comunidades rurais. O preço e a capacidade para pagar são questões essenciais da política de saúde, o que exige a criação de um forte sistema que suporte o acesso a cuidados de saúde, através de múltiplos mecanismos, como reembolsos, subsídios, isenções ou seguros sociais de saúde, garantindo um acesso equivalente aos cuidados. O financiamento é uma das seis pedras basulares de um bom sistema de saúde (OMS, 2010a). Por isso, são cruciais e urgentes políticas que aliviem as preocupações das pessoas que não podem pagar.

Financiamento da saúde: os resultados mostram que o financiamento da saúde é um desafio na maioria dos locais. Os recursos existentes nas unidades de saúde da primeira linha são limitados e isso prejudica a prestação de serviços.

A afectação limitada de recursos para os custos operacionais das unidades de saúde de primeira linha é um reflexo das afectações orçamentais nacionais. Embora os Estados-Membros concordem em afectar um mínimo de 15% dos seus orçamentos nacionais à saúde (Declaração de Abuja), apenas cinco países da Região têm sido capazes de o fazer (incluindo a África do Sul). Para além disso, o financiamento dos doadores, que vem reforçar os recursos nacionais, nem sempre se destina a melhorar os sistemas de saúde, sendo muitas vezes descoordenado e tendo um funcionamento vertical. Os países que já implementaram a Declaração de Paris (2005), sobre harmonização do financiamento, têm maior capacidade para orientar os fundos para o reforço dos sistemas de saúde, em vez do financiamento de projectos. No entanto, esses países são poucos e encontram-se afastados uns dos outros na Região.

Expectativas das comunidades e sua contribuição para a prestação de serviços essenciais de saúde

Expectativas dos governos: Os resultados obtidos em todos os locais revelam que a contribuição dos governos para a prestação de serviços de saúde é uniforme em todas as localidades, isto é, urbanas, periurbanas e rurais. Os serviços concentram-se, no entanto, no fornecimento da força de trabalho, instalações e medicamentos. A prestação de serviços essenciais de saúde foi classificada como insuficiente por dois terços da população do estudo.

As comunidades esperam maior transparência e querem que os governos contribuam mais para a saúde. Em tempos recentes, tem-se observado que existe uma grande lacuna entre a concepção de novos instrumentos de intervenção sanitária e a sua distribuição às comunidades no mundo em desenvolvimento, incluindo a Região Africana (Madon et al, 2007). Muitos produtos potencialmente eficazes para combater as doenças têm tido um impacto limitado sobre o peso das doenças, devido a uma implementação inadequada, que é a causa de um mau acesso, mesmo aos produtos mais simples e de preço acessível (TDR, 2003). São, por isso, urgentemente necessárias estratégias mais eficazes, que garantam um melhor acesso às intervenções sanitárias já existentes. Uma dessas estratégias, a CDTI, tem sido usada com muito

sucesso no combate à oncocercose em África, na última década (Amazigo e Boatin, 2006).

Participação comunitária na prestação de serviços de saúde: O êxito da luta contra as doenças, através dos CSP, é explicado pelo elevado nível de envolvimento e participação das comunidades (Amazigo et al, 2007). Cada vez mais se reconhece o papel fundamental da participação comunitária na prestação de serviços de saúde (Njepuome et al, 2009). Isso poderá indicar uma transferência de poder e da tomada de decisões, que permite às comunidades desempenhar um papel mais substantivo, com apoio do sistema de saúde e outros facilitadores. Tem-se argumentado que o envolvimento e a participação das comunidades constituem a âncora em torno da qual deverá girar um novo paradigma dos esforços para controlo das doenças na Região. Para que os sistemas de cuidados de saúde tenham êxito, a maioria das pessoas afectadas devem sentir-se, elas próprias, responsáveis e não limitar-se a serem meros espectadores passivos das decisões de outros. Nesse sentido, reconhece-se também a relação inerente entre incutir nos indivíduos a noção do seu próprio valor e capacitá-los para combaterem os problemas no seio das suas comunidades (TDR, 2008).

Recursos humanos: devido às grandes lacunas existentes na força de trabalho, torna-se necessário aumentar o número e a qualidade do pessoal dos serviços de saúde. Este é um problema sério na maioria dos países da Região, que tem sido agravado por uma fuga de cérebros maciça, como consequência dos conflitos internos e da existência de melhores oportunidades em terras estrangeiras. O défice de recursos humanos pode ser resolvido, reunindo as comunidades em torno da mesa, para discutirem mecanismos de reabilitação, em que a rotação de tarefas é uma possibilidade. Um maior envolvimento dos membros das comunidades na prestação de serviços essenciais de saúde ao público, ajudará a compreender as unidades de saúde, incluindo o tipo de serviços oferecidos e as expectativas das comunidades. Essa compreensão facilitará o envolvimento das comunidades na prestação de serviços. Por exemplo, os agentes comunitários de saúde poderão colmatar as lacunas de capacidades nas áreas da educação sanitária, prestação de serviços e cuidados baseados nas famílias.

A experiência na Região Africana com os objectivos dos sistemas de saúde

Capacidade para procurar cuidados de saúde: os políticos, os líderes comunitários e os líderes religiosos eram vistos como tendo mais direitos na procura dos serviços de saúde do que as mulheres, que usam mais as unidades. Essa limitação observada dos direitos das mulheres na procura da prestação de serviços de saúde públicos pode dever-se a uma falta de conhecimentos sobre os seus direitos. A falta de compreensão sobre os serviços que devem ser prestados e os direitos dos utilizadores continua a ser um importante desafio da Região, apesar do reconhecimento de que um bom sistema de saúde deve prestar serviços de qualidade a todas as pessoas, onde e quando eles forem necessários. Os sistemas nacionais de saúde de alguns países africanos continuam a ser débeis e a ter poucos recursos e os serviços de saúde estão muito desequilibrados a favor das zonas urbanas, que, normalmente, contam com a maior percentagem de pessoal qualificado (WHO, 2008).

Compreender o direito à saúde: as pessoas são fundamentais para o sistema de saúde, mas antes de poderem contribuir significativamente, terão de conhecer os seus direitos e, inclusive, responsabilizar os governos. Os resultados revelam que 80% dos respondentes conheciam o seu direito a aceder aos cuidados de saúde públicos e, de facto, algumas comunidades exerciam esse direito. No entanto, a falta de capacidade de resposta dos governos a essas necessidades representa uma frustração para quem procura reformar. O principal desafio é persuadir os utentes a exercerem o seu papel na procura e na responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde. Algumas pessoas desconfiam dos governos, devido à sua frustração com o sistema de saúde, às desigualdades na prestação dos serviços de saúde públicos, à atitude negativa do pessoal de saúde para com os doentes, aos elevados custos dos tratamentos e às instalações impróprias. Dada a importância da comunicação boca-a-boca, a má experiência de um indivíduo poderá divulgar-se e influenciar outras pessoas, que não tenham tido experiências semelhantes. É importante, no entanto, notar as contradições nos resultados. A maior parte dos respondentes identificou as unidades

de saúde pública como as mais frequentemente usadas, embora as achassem insuficientes. Para além disso, mesmo que a atitude dos prestadores de cuidados de saúde fosse, muitas vezes, vista como inamistosa, existe a noção de que, se as unidades estivessem bem equipadas, as comunidades prefeririam usá-las, em vez das unidades de saúde privadas, que, normalmente, são mais dispendiosas e, por vezes, de qualidade duvidosa. Para reforçar os sistemas de saúde, os planeadores e os investigadores da saúde deverão resolver essas contradições.

Confiança nos governos para prestarem cuidados de saúde: a percentagem de pessoas que afirmam terem confiado sempre nos governos para resolver os problemas foi mais elevada nas zonas rurais do que nas urbanas e nas periurbanas, na maioria dos locais do estudo. Isso deve-se, provavelmente, aos relativamente baixos níveis de expectativa nos governos para prestarem cuidados aos habitantes das zonas urbanas e periurbanas, que parecem ter melhor acesso a unidades de saúde privadas. Também têm níveis relativamente mais elevados de escolaridade, podendo, por isso, ter mais informação sobre os seus direitos aos serviços.

A capacidade das pessoas para se apoiarem umas às outras em tempos de crise é uma força essencial das comunidades africanas. No entanto, há evidências de que o mecanismo tradicional de apoio social tem vindo, cada vez mais, a ser desgastado por mudanças no contexto socio-económico da Região. Com o crescimento da pobreza e das migrações, os governos são cada vez mais solicitados para dar resposta a pedidos de apoio às pessoas pobres e vulneráveis, que, normalmente, não conseguem aceder aos serviços públicos. A preocupação com a formulação de políticas de protecção social na Região baseia-se nessa premissa (Taylor, 2008).

É preciso encarar os determinantes da saúde de forma mais alargada. O facto de os respondentes das zonas urbanas, periurbanas e rurais terem percepções e experiências semelhantes com o sistema de saúde indica que as diferenças se estão a esbater nos vários locais. O acesso à educação, água e saneamento e outros serviços sociais são fundamentais para que as pessoas possam ter vidas saudáveis.

6 Conclusões

Este estudo mostrou que a percepção que as pessoas têm da saúde e da prestação de serviços de saúde contem informação valiosa, que pode ajudar a melhorar e a aumentar o alcance, a capacidade de resposta e a eficácia dos sistemas de saúde na Região Africana. Os resultados evidenciam a argúcia das comunidades na compreensão do que é a Saúde e como descrevem a situação dos serviços de saúde e a sua dinâmica; esta, muitas vezes, configura uma barreira a uma melhor saúde nas cidades e nas comunidades rurais. Os participantes no estudo apresentaram ideias úteis sobre os determinantes da saúde; a sua definição de saúde inclui a dimensão espiritual. Mostraram preocupação com o paludismo e as DNT, especialmente a hipertensão e a diabetes, que requerem despesas adicionais com a saúde. Relativamente à prestação de serviços de saúde, os participantes estavam particularmente preocupados com a falta de medicamentos nas unidades de saúde, com a atitude incorreta do pessoal de saúde e os comportamentos dos agentes de saúde em situações de emergência, referidas pelos respondentes de muitos países.

Apesar dos esforços dos governos e dos doadores para o reforço da prestação de serviços de saúde, na maioria dos países, os utentes continuam a achar a prestação de serviços muito insuficiente, incluindo as instalações. Os resultados do estudo sugerem que, para melhorar a prestação de serviços de saúde na Região Africana, os países terão de melhorar substancialmente as condições de acesso aos serviços por parte das pessoas pobres e da maioria das pessoas que vivem nas zonas periurbanas e urbanas,

incluindo, designadamente, os serviços dirigidos aos homens e às pessoas idosas. Os serviços das unidades de saúde do nível periférico e distrital não devem limitar-se (ou vistos pelas pessoas como limitados) apenas às crianças (vacinação) e às mulheres em idade fértil (cuidados pré-natais e partos), como foi a percepção dos participantes no estudo.

As falhas na protecção social e os desafios salientados neste estudo são o resultado da necessidade de um maior reforço do sistema de saúde. A criação de políticas mais eficazes de financiamento evitará que as famílias despendam enormes quantias do seu próprio bolso pelos cuidados de saúde, o que desencoraja as pessoas de usarem os serviços de saúde existentes, quer sejam públicos ou privados. Os respondentes queixaram-se dos elevados custos dos serviços de saúde e salientaram a importância de melhorar a participação das comunidades na governação dos sistemas de saúde.

Assim, a observação dominante é a de que é necessário fazer mais: mais verbas, mais pessoal e mais unidades, assim como mais esforços para corrigir as atitudes dos agentes de saúde. No entanto, os fundos domésticos e os recursos humanos existentes terão, igualmente, de ser utilizados com maior eficácia.

Os participantes no estudo expressaram a percepção de que os sistemas de saúde excluíam, deliberadamente, os membros das comunidades da tomada de decisões. O facto de os respondentes das zonas urbanas, periurbanas e rurais terem percepções e experiências semelhantes com o sistema de saúde indica que as

diferenças se estão a esbater nos vários locais. Os governos nacionais têm-se comprometido, por várias vezes, a alcançar as metas. Embora os resultados revelem que uma grande percentagem de respondentes confia nos seus governos para resolverem os problemas das pessoas, uma importante lição retirada do estudo é a importância de os governos cumprirem os seus compromissos em relação às necessidades básicas, como instrumento vital para aumentar a confiança das pessoas.

Outros pontos importantes são o contributo e o papel significativo que os indivíduos e as comunidades têm no fornecimento de informação sobre a situação local da saúde e o seu potencial papel como verdadeiros parceiros na prestação de serviços de saúde. O envolvimento dos utentes dos serviços contribuirá para melhorar o acesso; no entanto, a existência de

mecanismos inovadores para explorar os recursos e otimizar o potencial das pessoas, através das formas descritas no presente relatório, contribuirá para melhorar o desempenho do sistema de saúde e apresentar soluções para uma prestação de serviços de saúde eficiente e eficaz a uma população o mais vasta possível.

Enquanto a arquitectura mundial da saúde sofre mudanças estruturais e sublinha os “gastos controlados”, novos quadros estratégicos para a prestação de serviços de saúde ajudarão na tomada de decisões sobre as mudanças, para que se possam obter melhores resultados na saúde, sem necessidade de grandes investimentos financeiros. Espera-se que os decisores políticos também reconheçam a urgência com que alguns africanos exigem transformações nos seus sistemas de saúde.

7 Recomendações

O presente estudo mostrou que a percepção que as comunidades têm dos sistemas de saúde contém informação valiosa que poderá, sendo aproveitada, ajudar a aumentar o alcance, capacidade de resposta e a relação custo-eficácia dos sistemas de saúde.

Os resultados do estudo sugerem que, com o apoio da OMS e dos parceiros, os países devem:

- (a) Criar mecanismos para aumentar os conhecimentos dos prestadores sobre a natureza multi-dimensional e complexa da saúde, que é vista pelas comunidades como contribuindo para o *bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e económico*; os parceiros na saúde deverão considerar os conhecimentos das pessoas na sua análise, formulação e prática de políticas, num contexto mais alargado da reforma da saúde, orientada por evidências científicas e trabalho normativo;
- (b) Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, através de reformas que melhorem as infra-estruturas, em particular as unidades de saúde, o pessoal qualificado, os medicamentos essenciais e o financiamento, que resultarão na cobertura universal da saúde e numa melhor satisfação dos utentes; estas medidas beneficiarão com o uso eficaz de orientações e uma supervisão de apoio;
- (c) Criar sistemas de vigilância de base comunitária, para detectar e notificar os problemas de saúde mais comuns, incluindo as doenças transmissíveis e não transmissíveis; facilitar os conhecimentos sobre os factores de risco associados a essas enfermidades e institucionalizar a gestão de casos com base nas comunidades.
- (d) Expandir o âmbito das intervenções sanitárias, para satisfazer, além das crianças e mulheres em idade fértil, as necessidades dos adolescentes e dos idosos, assim como de outros grupos vulneráveis;
- (e) Criar mecanismos apropriados de financiamento da saúde, incluindo seguros sociais de saúde, taxas, financiamento das comunidades e outras opções para uma cobertura universal da saúde;
- (f) Conceber reformas da saúde a implementar através de abordagens inovadoras que intensifiquem a representação, a apropriação e a participação efectiva das comunidades na formulação de políticas, planeamento, organização e funcionamento dos serviços de saúde;
- (g) Apoiar a realização de investigação social, epidemiológica e de serviços de saúde, bem como a documentação e partilha das melhores práticas de saúde pública, para promover e apoiar o reforço das intervenções essenciais de saúde pública na Região Africana e acelerar os progressos para que se atinjam os objectivos da saúde acordados a nível nacional e internacional.

8 Referências

- Abuya TO et al. (2007) Use of over-the-counter malaria medicines in children and adults in three districts in Kenya: Implications for private medicine retailer interventions. *Malaria Journal* 6:57.
- Ajayi IO et al. (2008) Feasibility and acceptability of artemisinin-based combination therapy for the home management of malaria in four African sites. *Malaria Journal* 7:6.
- Akweongo P et al. (2011) Feasibility and acceptability of ACT for the community case management of malaria in urban settings in five African countries. (Online) Available from <http://www.malariajournal.com/content/10/1/240> accessed 22/10/2011.
- Amazigo U et al. (2007) Performance of predictors: Evaluating sustainability in community-directed treatment projects of the African Programme for Onchocerciasis Control. *Social Science and Medicine* 2070–2082.
- Amazigo U, Boatman B. (2006) The future of onchocerciasis control in Africa. *The Lancet* 368:1946–47.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Ezech AC. (2005) A qualitative assessment of support mechanisms in informal settlements of Nairobi, Kenya. *Journal of Poverty* 9(3): 89–107.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Nyamongo IK. (2006) Health seeking behaviour of mothers of under-five-year children in the slum communities of Nairobi, Kenya. *Anthropology and Medicine* 13(1):25–40.
- Auer C et al. (2000) Health seeking and perceived causes of tuberculosis among patients in Manila, Philippines. *Tropical Medicine and International Health* 5(9): 648–56.
- Bosu WK. (2010) Epidemic of hypertension in Ghana: A systematic review. *BMC Public Health* 10:418.
- Desmonda C, Michaela, K and Gowb J. (2000) The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community. *South African Journal of International Affairs* 7(2):38–58.
- Escott S, Walley J. (2005) Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. (Online) Accessed from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15967558
- Frost LJ, Reich MR. (2008) *Access: How do good health technologies get to poor people in poor countries*. Cambridge, Massachusetts, Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press.
- G8 Health Experts Group. (2008) *Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group* (Online) Available from (http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf) accessed 23/10/2011.
- Hatchett LA et al. (2004) Health-seeking patterns for AIDS in Malawi. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 16(7):827–33.
- Heggenhougen HK, Hackethal V and Vivek P. (2003) *The behavioural and social aspects of malaria and its control. An introduction and annotated bibliography*. Geneva: WHO/TDR.
- Ibidapo CA. (2005) Perception of causes of malaria and treatment seeking behaviour of nursing mothers in a rural community. *Australian Journal of Rural Health* 13(4): 214–18.
- Konde-Lule L et al., (2006) The potential of the private sector to improve health outcomes in Uganda. Makerere University Institute of Public Health.
- Koram KA, Molyneux ME. (2007). When is “malaria” malaria? The different burdens of malaria infection, malaria disease, and malaria-like diseases. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77(6):1–5.

- Lawn et al. (2008) Alma-Ata: Rebirth and revision 1—Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* 13; 372(9642):917–27.
- Madon T et al. (2007) Public health: Implementation science, *Science* 318:1728–9.
- Mensah GA, Bakris G. (2011) The United Nations high level meeting addresses non-communicable diseases, but where is hypertension? Editorial of *The Official Journal of the American Society of Hypertension, The Journal of Clinical Hypertension* (Online). Accessed from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7176.2011.00535.x/pdf> accessed 27/10/2011.
- Njebuome NA et al. (2009) Nigeria's war on terror: Fighting dracunculiasis, onchocerciasis, lymphatic filariasis, and schistosomiasis at the grassroots. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80(5):745–58.
- Okeibunor JC et al. (2011) Preventing malaria in pregnancy through community-directed interventions: evidence from Akwa Ibom State, Nigeria. *Malaria Journal* 10:227.
- Okeibunor JC et al. (2007a) Barriers to care seeking in directly-observed therapy short-course (DOTS) clinics and tuberculosis control in southern Nigeria: A qualitative analysis. *International Quarterly of Community Health Education* 27(1): 23–37.
- Okeibunor JC et al. (2007b) Where do tuberculosis patients go for treatment before reporting to DOTS clinics in southern Nigeria and why? *Tanzania Health Research Bulletin* 9(2):94–101.
- OMS. (2008a) Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e sistemas de saúde em África: Alcançar uma melhor saúde para África no novo milénio. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África.
- OMS. (2008b) Declaração de Argel sobre investigação para a saúde na Região Africana. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África
- OMS. (2008c) Declaração de Libreville sobre saúde e ambiente em África. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África.
- Onwujekwe O et al. (2010) Willingness to pay for community based health insurance in Nigeria: Do economic status and place of residence matter? *Health Policy and Planning* 25:155–61.
- Pathania V, Almeida J and Kochi A. (1997) TB Research, TB patients and private for profit health care providers in India. *Global TB Programme of the World Health Organization*. WHO/TB/97.223, WHO, Geneva.
- Reich M et al. (2008) Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 Summit. *The Lancet* Vol 371 March 8 (Online) Available from www.thelancet.com accessed 27/10/ 2011.
- Roberts M et al. (2004) *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford University Press.
- Rosato M et al. (2008) Alma-Ata: Rebirth and revision 5—Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet* 13;372(9642):962–71.
- Rosenstock IM. (1974) *Historical origins of the Health Belief Model*. Health Education Monogram, Vol. 2.
- Rubel AJ, Garro LC. (1992) Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Reports* 107:626–36.
- Rutebemberwa E et al. (2009) Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria Journal* 8:45.
- Sambo LG, Kirigia JM. (2011). Africa's health: could the private sector accelerate the progress towards the MDGs? *BioMed Central*.
- Swanson RC et al. (2010) Toward a consensus on guiding principles for health systems strengthening. *PLoS Med* 7(12): e1000385. doi:10.1371/journal.pmed.1000385.
- Taylor V. (2008) Africa Union social protection in Africa: An overview of the challenges. Available from www.eprionline.com/.../Taylor2008AUSocialProtectionOverview.pdf accessed 21/10/11.
- TDR. (2008) Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report. Geneva: UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.
- TDR. (2003) *Implementation Research in TDR: Conceptual and operational framework*. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, World Health Organization.
- TDR. (1996) *Community-directed treatment with ivermectin: report of a multi-country study*. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, World Health Organization.
- Travis P et al. (2004) Overcoming health-systems constraints to achieve the UN (2010) Millennium Development Goals. *Report 364* (9437): 900–6.
- UNICEF. (2006) *The State of the World's Children 2007: Women and children—The double dividend of gender equality*. New York: UNICEF.
- United Nations. (2011) *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. (Online) Available from (<http://www.un.org/News/>

- Press/docs/2011/ga11138.doc.htm) accessed 25/11/2011.
- United Nations. (2010) Millennium Development Goals Report. New York <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Accessed 21/10/11.
- WHO. (2011) Ministerial Consultation on Noncommunicable Diseases. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- WHO. (2010a) Monitoring the building blocks of health systems: the handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010b) World Malaria Report. Geneva: World Health Organization Global Malaria Programme.
- WHO. (2008d) The Kampala Declaration for Global Action. Geneva: World Health Organization Global Health Workforce Alliance.
- WHO. (2008e) The World Health Report: Primary Health Care (now more than ever). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008f) Closing the gap in health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Available at (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html) accessed 25/10/2011.
- WHO. (2008g) Addendum for the plan of action and budget 2008–2012. World Health Organization and African Programme for Onchocerciasis Control (APOC).
- WHO. (2007) Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes—WHO Framework for Action. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2006) Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária na Região Africana. Conferência Internacional conjunta da ONUSIDA, UNICEF, Banco Mundial e OMS sobre Saúde Comunitária na Região Africana para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde e a um futuro mais saudável para as populações africanas. Adis Abeba, 20 a 26 de Novembro de 2006. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África a.
- WHO. (2003) Abuja Declaration. African summit on Roll Back Malaria. Geneva: WHO/Roll Back Malaria Partnership. Available from: http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration.pdf
- WHO. (2000) The World Health Report: Health systems—Improving performance. Geneva: World Health Organization.
- WHO/UNICEF. (1978) Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization.

9 Anexos

ANEXO I: DEFINIÇÕES DOS TERMOS

Atitudes: Uma forma expressa de sentir que as pessoas ou grupos têm em relação à saúde, serviços de saúde e sistema de saúde. As atitudes individuais ou comunitárias são sentimentos que podem ser influenciados pela percepção, experiência, conhecimentos e consciencialização. As atitudes do prestador são sentimentos que o pessoal de saúde e outros prestadores de serviços de saúde têm relativamente aos doentes, membros da comunidade, serviços de saúde e sistema de saúde. Esses sentimentos podem influenciar as percepções individuais e colectivas dos serviços de saúde.

Despesa catastrófica com a saúde: Pagar mais de 40% do rendimento familiar directamente em cuidados de saúde, depois de conseguir satisfazer as necessidades básicas (Relatório da Saúde no Mundo 2010). Em certos casos, as famílias privam-se das suas necessidades básicas para pagarem as suas despesas de saúde.

Comunidade: Grupo de pessoas que ocupam um determinado território sob uma liderança comum, como acesso à partilha de recursos locais, como base para desempenhar a maioria das suas actividades diárias. Esse grupo pode variar segundo os países, podendo incluir vilas, bairros, grupos de aldeias, populações suburbanas, urbanas, rurais e populações nómadas, bem como acampamentos temporários.

Expectativas comunitárias: Opinião que as pessoas têm acerca dos papéis e resultados da resposta do sistema de saúde.

Participação comunitária: Processo através do qual as pessoas são capazes de se envolver activa e genuinamente na definição dos problemas que as preocupam, tomar decisões acerca dos factores que afectam as suas vidas, formulando e implementando políticas, criando e prestando serviços e tomando iniciativas para atingir as mudanças.

Percepção comunitária: Visão dos indivíduos e das comunidades acerca dos serviços de saúde. Pode ser influenciada pelos resultados de experiências anteriores nos cuidados de saúde.

Perspectivas comunitárias: O conjunto dos saberes, das atitudes, da estima, da consciência, das percepções e das experiências colectivas da comunidade, no que respeita à saúde e à prestação de serviços essenciais de saúde.

Unidades convencionais de saúde: Trata-se de unidades de saúde que procedem ao diagnóstico e ao tratamento com práticas clínicas modernas (ocidentais).

Prestação de serviços de saúde essenciais: Sistema de cuidados básicos curativos, preventivos e promocionais disponíveis a nível periférico, que são aceitáveis pelas comunidades.

Serviços de saúde essenciais: Serviços básicos de saúde curativos, preventivos e promocionais a todos os níveis do sistema de saúde.

Unidades de saúde da linha da frente: As unidades de saúde mais próximas das pessoas. Em alguns países, estas são designadas por postos de saúde, dispensários, centros de saúde, etc.

Chefe de família: Pessoa responsável pelo bem-estar da família e que toma as decisões relativas ao bem-estar dos membros da família. Na ausência do chefe de família, esta é representada por um adulto responsável, que representa o chefe de família.

Saúde: Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Sensibilização para a saúde: Consciência do valor da saúde e da existência de oportunidades e recursos de saúde, incluindo o direito à saúde, a responsabilidade individual e colectiva pela saúde, estilos de vida saudáveis, prevenção das doenças e promoção da saúde.

Experiência em cuidados de saúde: Experiências anteriores com serviços de saúde e a consequente tomada de consciência.

Distrito sanitário: Determinada zona geográfica e operacional para a implementação local de serviços de saúde. Os distritos sanitários podem ter diferentes designações conforme os países, nomeadamente *préfecture sanitaire* (RCA), *local government area* (Nigéria), *zone de santé* (RDC), *district de santé* (Camarões e Senegal) ou *service de santé de cercle* (Mali).

Conhecimentos de saúde: Informação rigorosa acerca das condições que promovem ou favorecem a consecução de um estado de completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo ou comunidade.

Sistema de saúde: Todas as organizações, instituições e recursos cuja principal finalidade é melhorar a saúde. Um sistema de saúde precisa de pessoal, financiamento, informação, material, transportes, comunicações, orientação e direcção. Tem de prestar serviços que respondam às necessidades das pessoas e a um preço justo.

Zona de saúde: Unidade de um distrito sanitário que oferece Cuidados de Saúde Primários a determinadas comunidades, através de instalações de saúde da linha da frente.

Zonas de elevado desempenho: Áreas com melhores resultados de saúde nos locais do estudo.

Localidade: Zonas urbanas, suburbanas e rurais em que o estudo foi realizado.

Zonas de baixo desempenho: Áreas com fracos resultados de saúde nos locais do estudo.

Cuidados de Saúde Primários: “Cuidados essenciais de saúde baseados em tecnologias e métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, disponíveis aos indivíduos e famílias na comunidade, através da sua plena participação e a um preço que as comunidades e o país possam pagar, para se manter um espírito de auto-confiança e auto-determinação” (OMS, 1978, Declaração de Alma-Ata).

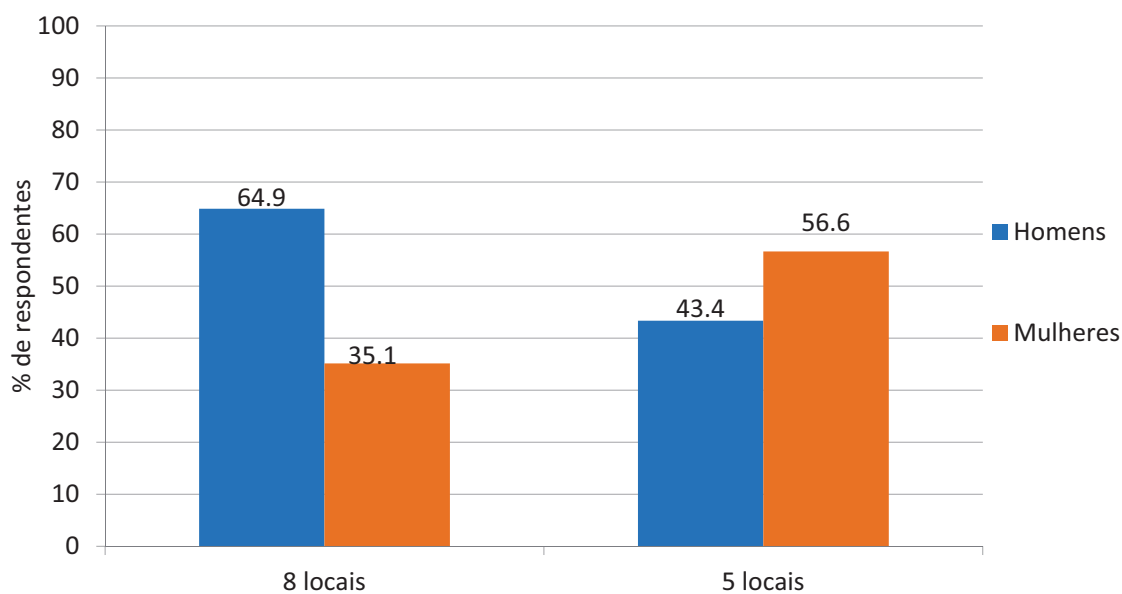
Região de saúde pública: Determinada zona geográfica do nível intermédio, para o planeamento e a administração regional dos cuidados e serviços de saúde. Abrange diferentes distritos de saúde e pode ter diferentes designações nos diferentes países, como *state* (Nigéria) e *région médicale* (Senegal).

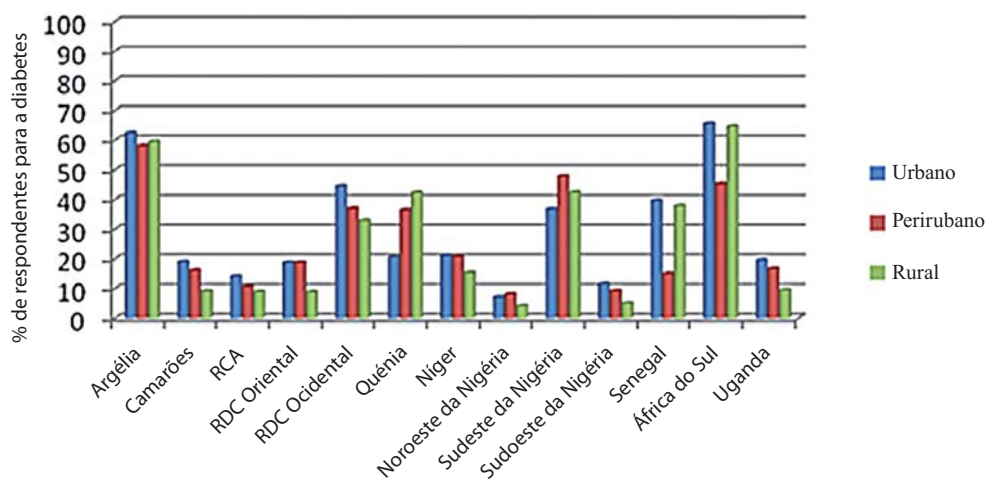
Vontade de participar (RTP): A capacidade e a vontade dos indivíduos e grupos comunitários para se tornarem activa e genuinamente envolvidos na governação, gestão, financiamento e supervisão da prestação de cuidados essenciais de saúde nas suas comunidades.

Gastos controlados: Filosofia para se conseguir manter a segurança financeira, sem ficar desprevenido.

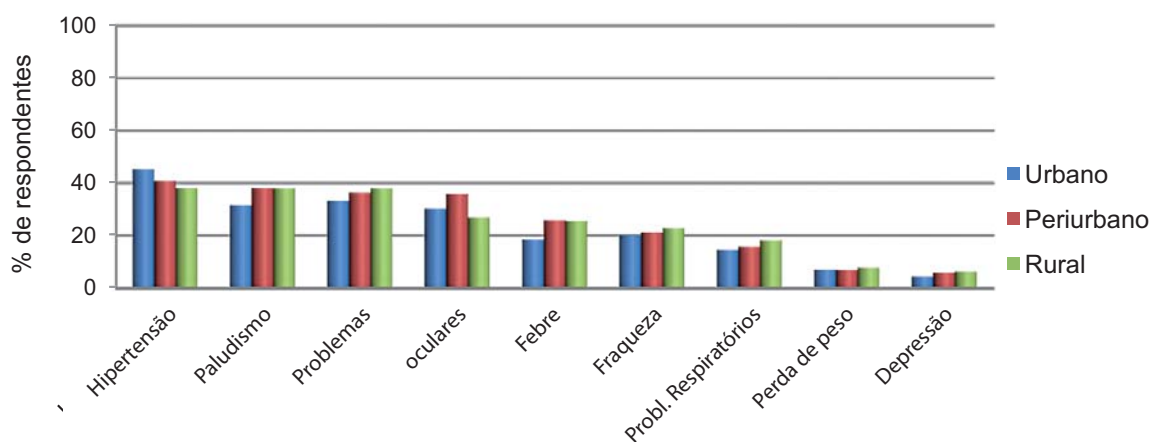
Anexo 2: Distribuição da média de idades por local

Zona		Urbana	Suburbana	Rural	Total
Argélia	N	280	280	280	840
	Média	49,5	50,9	44,7	48,4
Camarões	N	267	272	271	810
	Média	44,3	41,1	44,1	43,1
República Centro-Africana	N	268	265	266	799
	Média	36,4	36,6	37,8	36,9
RDC Oriental	N	280	280	280	840
	Média	41,0	41,1	39,7	40,6
RDC Ocidental	N	280	280	280	840
	Média	40,4	41,5	42,8	41,6
Quênia	N	347	329	304	980
	Média	35,5	38,8	37,5	37,2
Níger	N	272	272	272	816
	Média	49,3	44,2	44,2	45,9
Nigéria - Noroeste	N	280	280	280	840
	Média	41,2	44,7	43,3	43,0
Nigéria - Sudeste	N	280	280	280	840
	Média	49,1	53,3	54,1	52,1
Nigéria - Sudoeste	N	276	279	276	831
	Média	38,7	39,7	38,0	38,8
Senegal	N	272	272	272	816
	Média	53,2	50,6	54,9	52,9
África do Sul	N	315	245	280	840
	Média	48,2	52,8	50,9	50,4
Uganda	N	280	279	281	840
	Média	38,4	40,1	43,5	40,7
Total	N	3697	3613	3622	10932
	Média	43,4	44,1	44,2	43,9

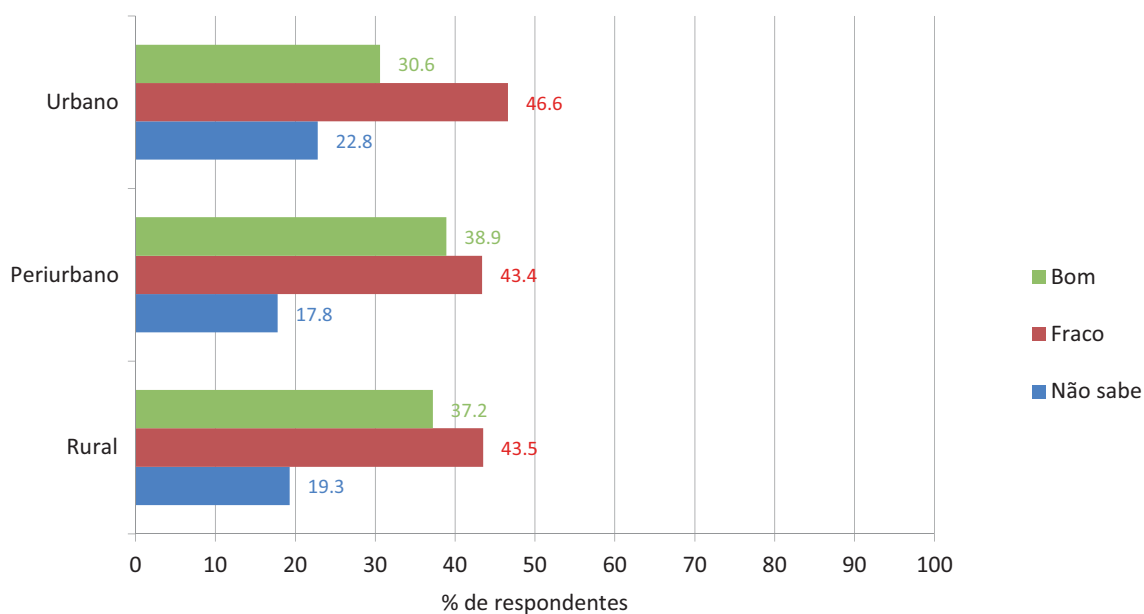
**Anexo 3:** Distribuição dos respondentes que frequentaram a escola, por sexo



Anexo 4: Percentagem que refere a diabetes como problema de saúde comum, por local



Anexo 5: Problemas de saúde comuns entre as pessoas idosas, por localidade



Anexo 6: Classificação do envolvimento das comunidades na tomada de decisões, por localidade

Anexo 7: Famílias com necessidade de cuidados saúde, por localidade

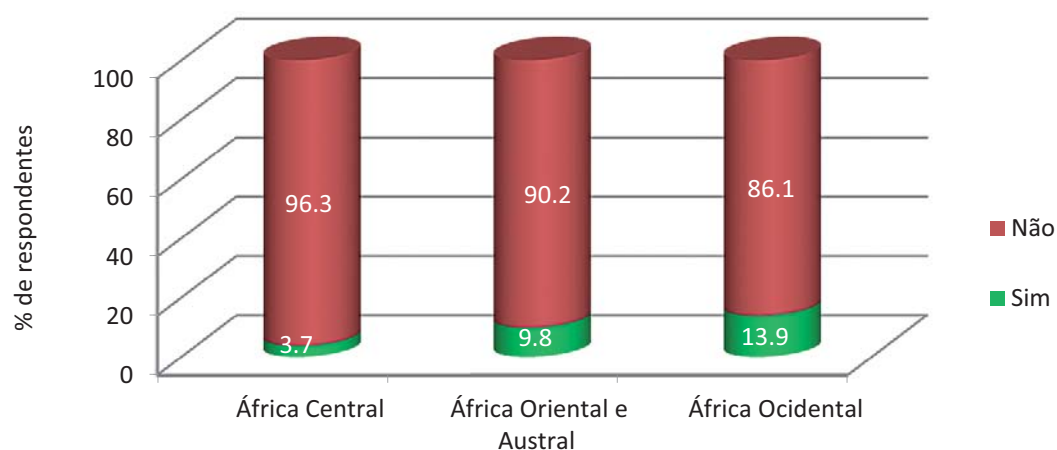
	Localidade						Total	
	Urbana		Suburbana		Rural			
	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes
Nos últimos 30 dias	1877	50.8	1837	50.9	1849	51.1	5563	50.9
Entre 1 mês e menos de 1 ano atrás	1308	35.4	1341	37.2	1289	35.6	3938	36.1
Entre 1 ano e menos de 2 anos atrás	205	5.5	162	4.5	179	4.9	546	5.0
Entre 2 anos e menos de 3 anos atrás	77	2.1	61	1.7	67	1.9	205	1.9
Entre 3 anos e menos de 4 anos atrás	38	1.0	38	1.1	31	0.9	107	1.0
Mais de 4 anos atrás	92	2.5	75	2.1	79	2.2	246	2.3
Nunca precisou de cuidados de saúde	36	1.0	39	1.1	44	1.2	119	1.1
Não sabe	63	1.7	56	1.6	80	2.2	199	1.8
Total	3696	100.0	3609	100.0	3618	100.0	10923	100.0

Anexo 8: Famílias com necessidade de cuidados de saúde, por desempenho do distrito

	Desempenho do distrito				Total	
	Elevado desempenho		Baixo desempenho			
	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes
Nos últimos 30 dias	2703	49.5	2860	52.3	5563	50.9
Entre 1 mês e menos de 1 ano atrás	2071	37.9	1867	34.2	3938	36.1
Entre 1 ano e menos de 2 anos atrás	277	5.1	269	4.9	546	5.0
Entre 2 anos e menos de 3 anos atrás	99	1.8	106	1.9	205	1.9
Entre 3 anos e menos de 4 anos atrás	51	0.9	56	1.0	107	1.0
Mais de 4 anos atrás	106	1.9	140	2.6	246	2.3
Nunca precisou de cuidados de saúde	56	1.0	63	1.2	119	1.1
Não sabe	95	1.7	104	1.9	199	1.8
Total	5458	100.0	5465	100.0	10923	100.0

Anexo 9: Razões mais comuns para procurar cuidados de saúde, por Sub-região

	Sub-Região						Total	
	Sub-Região Central		Sub-Região Oriental		Sub-Região Ocidental			
	Contagem	% na Sub-Região	Contagem	% na Sub-Região	Contagem	% na Sub-Região	Contagem	% na Sub-Região
Paludismo	487	14.8	421	15.9	1004	20.3	1912	17.6
Febre	686	20.9	476	18.0	708	14.3	1870	17.2
Outras	702	21.4	348	13.2	786	15.9	1836	16.9
Ferimento ou dor física	137	4.2	127	4.8	294	5.9	558	5.1
Tosse	157	4.8	128	4.8	224	4.5	509	4.7
Tosse/problemas respiratórios	91	2.8	133	5.0	280	5.7	504	4.6
Diarreia grave	163	5.0	117	4.4	150	3.0	430	4.0
Hipertensão	77	2.3	114	4.3	176	3.6	367	3.4
Artrite	73	2.2	73	2.8	182	3.7	328	3.0
Nascimentos	78	2.4	75	2.8	156	3.2	309	2.8
Diabetes	65	2.0	78	3.0	94	1.9	237	2.2
Doença de pele/prurido	56	1.7	49	1.9	117	2.4	222	2.0
Vómitos	70	2.1	53	2.0	96	1.9	219	2.0
Não sabe	86	2.6	34	1.3	86	1.7	206	1.9
Consulta pré-natal	57	1.7	44	1.7	97	2.0	198	1.8
Problemas de visão	48	1.5	29	1.1	120	2.4	197	1.8
Vacinação	32	1.0	48	1.8	113	2.3	193	1.8
Asma	38	1.2	67	2.5	64	1.3	169	1.6
Cuidados dentários	45	1.4	57	2.2	62	1.3	164	1.5
Pequena cirurgia	46	1.4	27	1.0	53	1.1	126	1.2
Doença cardíaca	31	.9	23	.9	57	1.2	111	1.0
Tuberculose	35	1.1	61	2.3	8	.2	104	1.0
Planeamento familiar	13	.4	28	1.1	17	.3	58	.5
VIH/SIDA	15	.5	34	1.3	4	.1	53	.5
Total	3288	100.0	2644	100.0	4948	100.0	10880	100.0



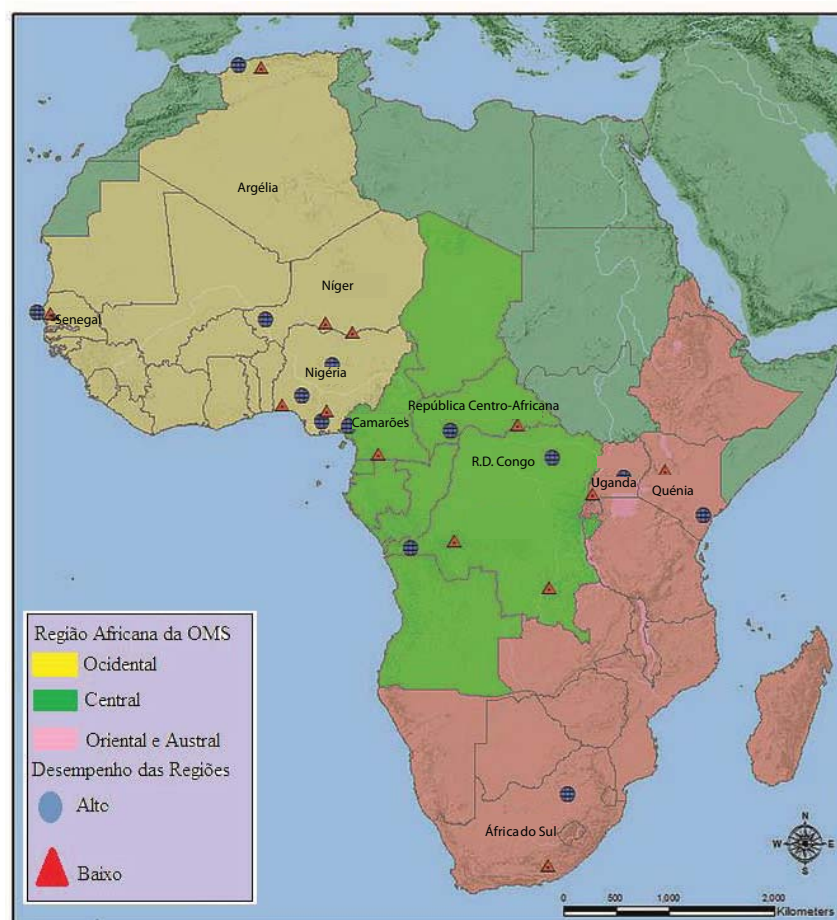
Anexo 10: Reembolso do dinheiro gasto em medicamentos, na Sub-Região

Anexo 11: Liberdade de expressão, por localidade

	Localidade						Total	
	Urbana		Suburbana		Rural			
	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes
Completa	1892	51.4	2120	59.0	2053	56.9	6065	55.7
Moderada	1258	34.1	1078	30.0	1070	29.6	3406	31.3
Nenhuma	534	14.5	396	11.0	488	13.5	1418	13.0
Total	3684	100.0	3594	100.0	3611	100.0	10889	100.0

Anexo 12: Liberdade de expressão sobre questões de saúde, por Sub-Região

	Sub-Região						Total	
	Sub-Região Central		Sub-Região Oriental		Sub-Região Ocidental			
	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes	Número de respondentes	% de respondentes
Completa	1903	57.9	1381	52.7	2781	55.8	6065	55.7
Moderada	906	27.6	847	32.3	1653	33.2	3406	31.3
Nenhuma	479	14.6	391	14.9	548	11.0	1418	13.0
Total	3288	100.0	2619	100.0	4982	100.0	10889	100.0

Países e Regiões seleccionada para o estudo**Sistemas de Saúde em África: perspectivas das comunidades****Anexo 13:** Localização dos locais do estudo

ANEXO 14: EQUIPAS DE INVESTIGAÇÃO

Dr. Luís Gomes Sambo, MD, PhD
Director Regional
Escritório Regional da OMS para a África
Iniciador e Investigador Principal

Dr. Uche Amazigo, PhD
Antigo Director
Programa Africano de Luta contra a
Oncocercose
Iniciador e Investigador Principal

Argélia

Prof. Mohamed Metboul
Sociólogo
Universidade de Oran
Investigador Principal

Prof. Nori Nidoum
Epidemiologista
Universidade de Oran
Supervisor de Estudos Qualitativos

Dr. Ouassila Salemi
Sociólogo
Universidade de Oran
Supervisor de Estudos Qualitativos

Dr. Kamel Daheur
Sociólogo
Universidade de Oran
Supervisor de Estudos Qualitativos

Prof. Mohamed Sayah
Gestor de Informação
Universidade de Oran
Responsável pela transcrição de dados
qualitativos

Dr. Lakhdar Zemmour
Epidemiologista
Universidade de Oran
Supervisor de Estudos Qualitativos

Dr. Abderhamane Derkaoui
Epidemiologista
Universidade de Oran
Supervisor de Estudos Qualitativos

Camarões

Dr.^a Anne Cécile Zoung-Kanyi Bissek, MD
Dermatologista-Venereologista
Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde,
Universidade de Yaoundé I
Investigadora Principal

Sr.^a Yolande Flore Longang Tchounkeu
Socióloga
Fundação para a Investigação em Doenças
Tropicais e Ambiente
Co-Investigadora e Socióloga

Sr. Emmanuel Betsi
Sociólogo
Ministério da Saúde
Sociólogo do Estudo

Dr. Nicolas Tendongfor
Epidemiologista
Universidade de Buea
Epidemiologista do Estudo

Dr. Emmanuel Yenshu
Antropólogo
Universidade de Buea
Fundação para a Investigação em Doenças
Tropicais

Dr. Ernest Njih Tabah
Epidemiologista
Universidade de Yaounde I
Epidemiologista do Estudo

Sr. Fabrice Datchoua Pountcheu
Antropólogo
Sociólogo do Estudo

Sr. Theobald Nji
Antropólogo
Fundação para a Investigação em Doenças
Tropicais e Ambiente

República Centro-Africana

Dr. François Banyombo
Sociólogo
Universidade de Bangui
Investigador Principal

Sr. Jean Faustin Piamale
Técnico de Demografia
Ministério do Planeamento
Gestor dos Dados do Estudo

Dr.^a Rosine Fioboy
Médica
Ministério da Saúde
Especialista em Estudos de Saúde Pública

Dr. Josué Ndolombaye
Antropólogo
Universidade de Bangui
Antropólogo do Estudo

Dr. Noure Moukadas
Sociólogo
Universidade de Bangui
Sociólogo do Estudo

Dr. Jean De Dieu Longo
Epidemiologista
Ministério da Saúde
Epidemiologista do Estudo

República Democrática do Congo (Oriental)

Prof. Pascal Lutumba, MD, MSc, PhD
Epidemiologista
Universidade de Kinshasa
Investigador Principal

Dr. Adélard Nkuanzala, PhD
Sociólogo
Universidade de Lubumbashi
Sociólogo do Estudo

Dr. Alain Mpanya, MD, MPH
Epidemiologista
Ministério da Saúde
Epidemiologista do Estudo

Sr.^a Mimy Vuna, BA
Socióloga
Ministério da Saúde
Socióloga do Estudo

Sr. Sylvain Baloji, BSc (Saúde Comunitária)
Ministério da Saúde
Epidemiologista do Estudo

Dr. Tarcisse Elongo, MD, MPH
Especialista em Saúde Pública
Ministério da Saúde
Perito em Estudos de Sistemas de Saúde

Sr. Hercule Kalonji, BSc (Matemático e Informático)
Especialista em Tecnologias
Ministério da Saúde
Gestor dos Dados do Estudo

República Democrática do Congo (Occidental)

Prof. Bruno Lapika, PhD
Sociólogo e Antropólogo
Universidade de Kinshasa
Investigador Principal

Prof. Barthelemy Kalambayi, PhD
Técnico de Demografia
Universidade de Kinshasa
Co-Investigador do Estudo

Prof. Gudjijiga Gikapa, PhD
Sociologista e Antropólogo
Universidade de Kinshasa
Co-Investigador do Estudo

Dr. Tarcisse Elongo, MD, MPH
Especialista em Saúde Pública
Ministério da Saúde
Perito em Estudos de Sistemas de Saúde

Sr. Bertin Nzambi, BA
Especialista em Relações Internacionais
Ministério da Saúde
Assistente de Investigação do Estudo

Sr. Joseph Musiki, BSc
Sociólogo-Antropólogo
Universidade de Kinshasa
Assistente de Investigação do Estudo

Dr. Serge Kapanga
Advogado
Ministério da Saúde
Assistente de Investigação do Estudo

Sr. Lusengi Wade, BA
Antropólogo
Ministério da Saúde
Sociólogo do Estudo

Quénia

Dr.^a Mary Amuyunzu-Nyamongo, PhD
Antropóloga Social
Directora Executiva
Instituto Africano para a Saúde e o
esenvolvimento, Nairobi
Investigadora Principal

Dr. Stephen Muleshe, MBChB, MPH
Director, Médico Superior
Saúde da África Central e Austral, Arusha,
Tanzânia
Co-Investigador Principal

Dr. Yeri Kombe, MBChB, PMH
Epidemiologista, Tecnologias da Informação
Director
Centro de Investigação de Saúde Pública,
Instituto de Investigação Médica, Quénia
Co-Investigador Principal

Dr. John Odondi, MBChB (Cirurg)
Especialista em Saúde Pública
Chefe do Departamento de Saúde Pública
Ministério da Saúde Pública e do Saneamento
Co- Investigador Principal

Sr. Jared Owuor, Bsc (Enfermagem)
Funcionário do Programa
Instituto Africano para a Saúde e a Gestão
Gestor de Dados

Sr.^a Monica Wabuke, BA (Sociologia, Ciências
Políticas)
Funcionária do Programa
Instituto Africano para a Saúde e o
Desenvolvimento
Gestora dos Dados do Estudo

Níger

Dr. Abdoulaye, PhD
Sociólogo
Universidade Abdou Moumouni, Niamey
Investigador Principal

Dr. Amadou, PhD
Sociólogo
Universidade Abdou Moumouni, Niamey
Sociólogo do Estudo

Dr. Hadiza, PhD
Sociólogo
Universidade Abdou Moumouni, Niamey
Sociólogo do Estudo

Dr. Zilahatou Tohon, MD MPH
Epidemiologista
Centre de Recherches Médicales et Sanitaires
(CERMES)
Epidemiologista do Estudo

Dr. Maimouna Guero, MD, MPH
Especialista em Saúde Pública
Universidade Abdou Moumouni, Niamey
Perito em Estudos de Sistemas de Saúde

Sr. Moussa Haladou, MSc
Técnico de Biostatística
Ministério da Saúde
Gestor dos Dados do Estudo

Nigéria (Sudeste)

Prof. Joseph Okeibunor
Sociólogo
Universidade da Nigéria, Nsukka
Investigador Principal

Dr. Ngozi Njebuome
Doutor em Medicina
Reggia Resources Int. LTD, Abuja
Co- Investigador Principal e Especialista em
Saúde Pública

Prof. Obioma Nwaorgu
Parasitologista
Universidade Nnamdi Azikiwe
Co- Investigador Principal e Especialista em
Saúde Pública

Dr. Nkechi Onyeneho
Sociólogo
Universidade da Nigéria, Nsukka
Co- Investigador Principal e Sociólogo do
estudo

Dr. Ngozi l'Aronu
Sociólogo
Universidade da Nigéria, Nsukka
Sociólogo do Estudo

Sr.^a Ijeoma Okoye
Socióloga especialista em Demografia
Universidade da Nigéria, Nsukka
Socióloga do Estudo

Sr. Chidi Ugwu
Antropólogo
Universidade da Nigéria, Nsukka
Antropólogo do Estudo

Sr. Nnabuike Osadebe
Sociólogo
Universidade da Nigéria, Nsukka
Sociólogo do estudo

Sr. Clinton Ezirike
Engineer
Universidade da Nigéria, Nsukka
Gestor dos Dados do Estudo e Especialista em
Saúde Pública

Dr. Bona Nwakeoma
Parasitologista
Universidade Nnamdi Azikiwe
Co- Investigador Principal e Especialista em
Saúde Pública

Sr. Cyril Ugwuoke
Sociólogo
Universidade de Ciências do Estado de Enugu
Sociólogo do estudo

Nigéria (Sudoeste)

Dr. Oka Obono
Sociólogo/Antropólogo
Universidade de Ibadan
Investigador Principal

Dr. Eme Owoaje
Médico de Saúde Pública
Universidade de Ibadan
Co-Investigador Principal

Dr. Ezebunwa Nwokocha
Sociólogo/Técnico de Demografia
Universidade de Ibadan
Sociólogo do Estudo

Dr. Kobblowe Arikpo
Sociólogo / Especialista em Comunicação
Universidade de Ibadan
Sociólogo do Estudo

Sr. Joachim Nwachukwu
Sociólogo /MBA
Universidade de Ibadan
Assistente de Investigação

Sr.^a Abosede Odunlami MSc (Sociologia)
Universidade de Ibadan
Assistente de Investigação do Estudo

Sr. Sylvanus Otikwu MSc (Sociologia)
Universidade de Ibadan
Assistente de Investigação do Estudo

Sr. David Akeju MSc (Sociologia)
Universidade de Ibadan
Assistente de Investigação do Estudo e Gestor
de Dados

Sr.^a Charity Umeokoro MSc (Sociologia)
Universidade de Ibadan
Assistente de Investigação do Estudo

Sr.^a Opeyemi Balogun MSc (Geografia)
Universidade Obafemi Awolowo, Ife

Sr.^a Bolatito Murele MSc (Sociologia)
Universidade de Ibandan
Assistente de Investigação do Estudo e Gestora
de Dados

Nigéria (Noroeste)

Dr.^a Elizabeth Elhassan
Parasitologista
Oftalmologista
Investigadora Principal

Sr. Tosin Adekeye
Sociólogo
Ahmadu Bello Universidade
Sociólogo do Estudo

Dr.^a Felicia Anumah
Doutora em Medicina
Universidade de Abuja, Nigéria
Especialista em Saúde Pública

Sr. Sunday Isiyaku
Entomologista
Oftalmologista
Especialista em Saúde Pública

Dr.^a Felicia Enwezor
Parasitologista
Instituição Nigeriana para a Investigação em
Tripanossomíase
Especialista em Saúde Pública

Dr. Hafsat Kontagora
Sociólogo
Kaduna Polytechnic
Sociólogo do Estudo

Sr.^a Tinuola Olumehen
Socióloga
Centro Politécnico de Kaduna, Nigéria

Sr.^a Folake Ibrahim
Técnica de Estatística
Oftalmologia
Gestor dos Dados do Estudo

Sr.^a Eunice Ohidah
Socióloga
Centro Politécnico de Kaduna
Sociólogo do estudo

Sr.^a Maimuna Abdulrahman
Sociólogo
Kaduna State Media Cooperation

Sr.^a Margaret Luther
Socióloga Consultora

Sr. Femi Folorunsho
Consultor Economista
Especialista em Estudos de Saúde Pública

Senegal

Sr. Salif Ndiaye
Técnico de Demografia
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Investigador Principal

Sr.^a Hélène Benga
Socióloga
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Co-investigadora

Sr. Alpha Missidé Diallo
Técnico de Estatística
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Assistente de Investigação

Dr.^a Mame Cor Ndour
Médica
Abt Associate
Pessoa de Recurso do Estudo

Sr. Ibrahim Seye
Especialista em Tecnologias da Informação
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Gestor dos Dados do Estudo

Sr. Amadou Hassane Sylla
Técnico de Demografia
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Assistente Técnico do Estudo

Sr. Abdel Kader Diarra
Técnico de Logística
Centre de Recherche et Développement
Humain (CRDH)
Investigador Assistente do Estudo

Dr. Issa Wone
Médico
ISED
Especialista em Estudos de Saúde Pública

África do Sul

Prof. Stephen Hendricks
Especialista em Saúde Pública, Epidemiologista
Universidade de Pretória
Investigador Principal

Dr. Amusaa Inambao
Médico Epidemiologista
Investigador de Saúde Pública
Consultor

Sr.^a Chipo Mwetwa
Socióloga
Investigador de Saúde Pública
Consultor

Dr. Inonge Kamungoma-Dada
Médico Investigador de Saúde Pública
Consultor

Prof. Eric Buch
Médico
Universidade de Pretória
Especialista em Política de Saúde Pública

Sr. Eric Maimela
Epidemiologista
Departamento de Saúde do Limpopo
Gestor de Dados

Sr.^a Belinda Lourens
Socióloga
Gestora de Projecto
Consultora

Uganda

Dr. Richard Ndyomugenyi
Médico
Divisão de Controlo dos Vectores, Ministério
da Saúde
Investigador Principal

Sr. Asaph Turinde Kabali
Sociólogo
Instituto de Investigação Social, Universidade
Makerere
Sociólogo do Estudo

Sr. Alfred Etywom
Técnico de Estatística
Centro Conjunto de Investigação Clínica,
Kampala
Gestor dos Dados do Estudo

Dr. Fred Ntoni Nuwaha
Médico
Escola de Saúde Pública, Universidade
Makerere
Especialista em Estudos de Saúde Pública

Sr. Firminus Mugumya
Sociólogo
Escola de Ciências Sociais, Universidade
Makerere
Sociólogo do Estudo

Secretariado da OMS

Prof. Paul-Samson Lusamba-Dikassa
Sr. Honorat G.M. Zouré (Analista e Gestor dos
Dados Globais)

Dr. Johannes Sommerfeld
Dr. Leonard T. Mukenge
Sr.^a Patricia Mensah



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a

África