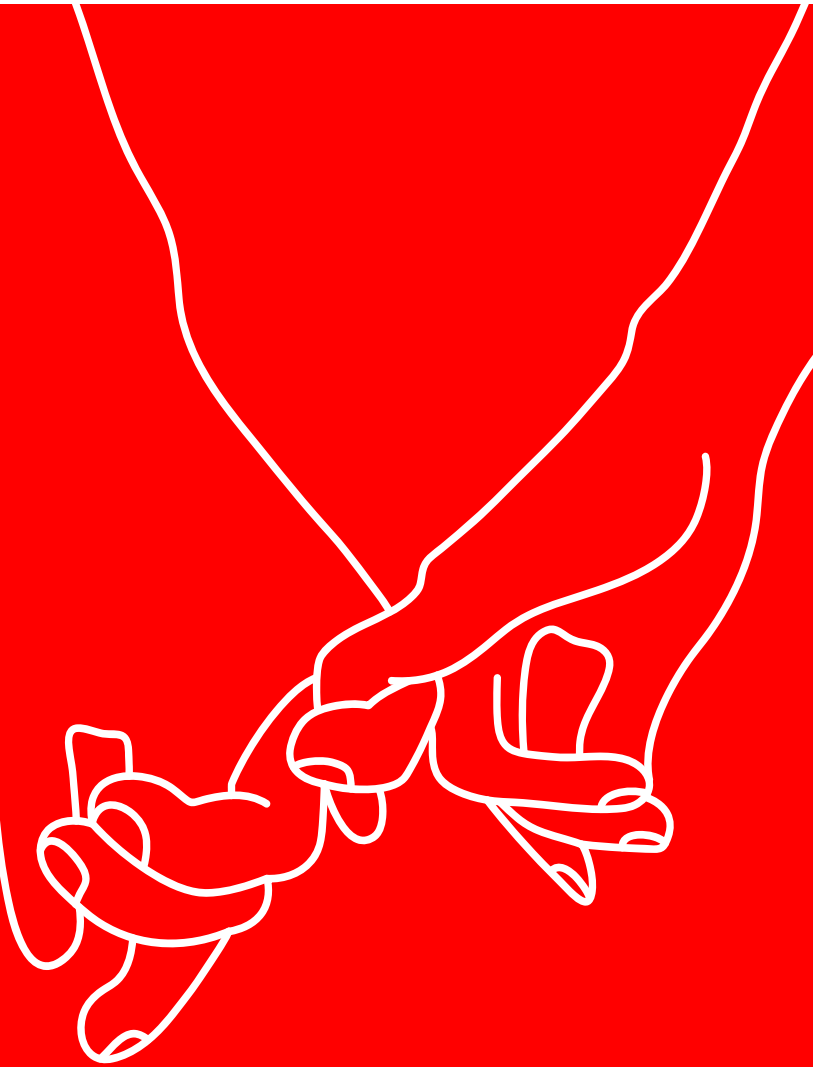


O Estado de Implementação da Cobertura Universal em Saúde em África

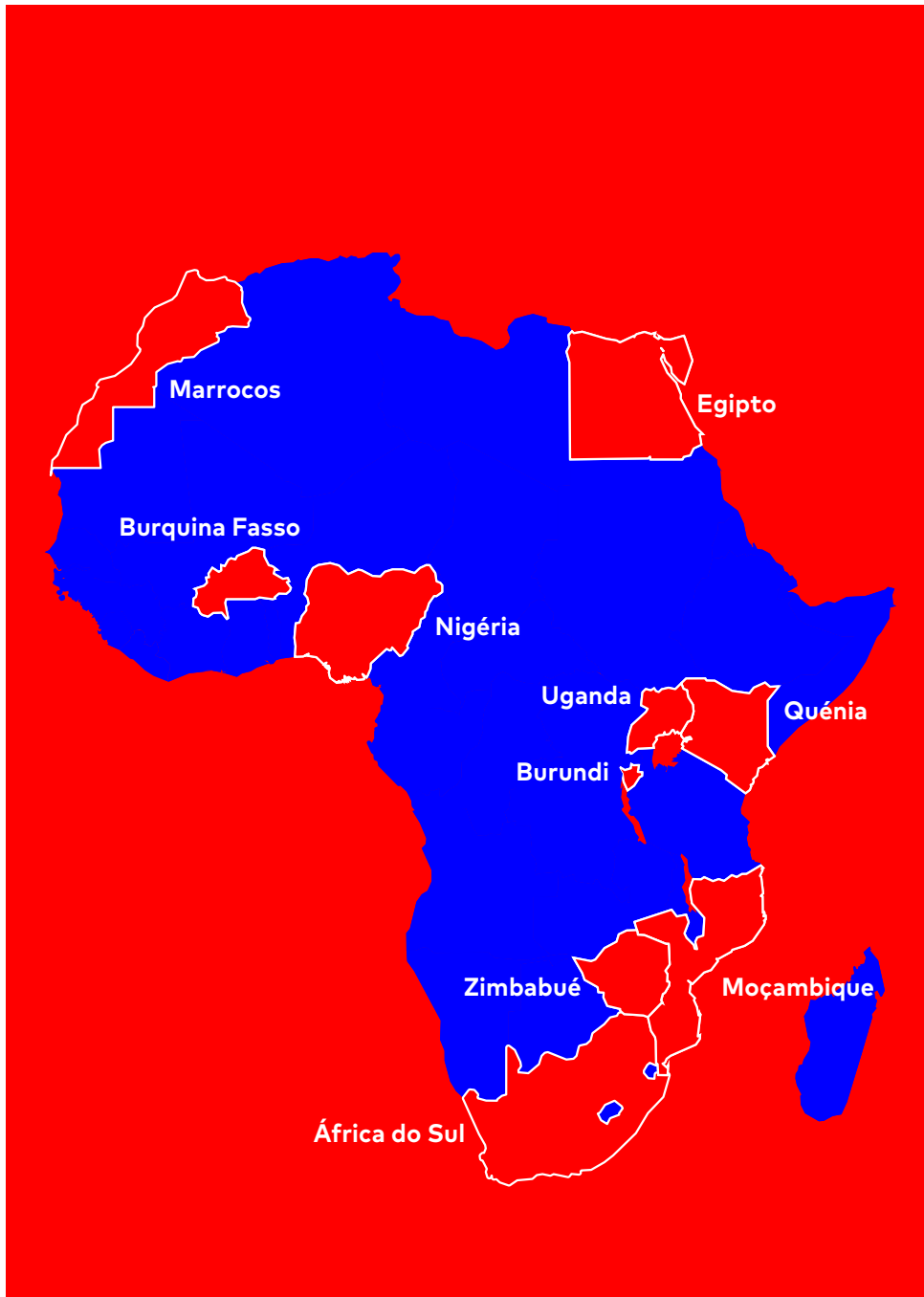
Estudo de caso em vários países: Burquina Fasso,
Burundi, Egípto, Quênia , Marrocos, Moçambique,
Nigéria, África do Sul, Uganda e Zimbabué



WACI
HEALTH

 **Love**
Alliance
Juntos pela saúde e pelos direitos humanos

Índice



Lista de acrónimos	3
1. Contextualização.....	4
2. Quadro de políticas e iniciativas da união africana sobre a cobertura universal em saúde	6
3. Burquina Fasso.....	9
4. Burundi	13
5. Egípto.....	16
6. Quênia	20
7. Marrocos.....	24
8. Moçambique	27
9. Nigéria.....	30
10. África do Sul	33
11. Uganda	36
12. Zimbabué.....	40
13. Recomendações.....	54
Fontes.....	46

- BF
- BI
- EG
- KE
- MA
- MZ
- NG
- ZA
- UG
- ZW

Lista de acrónimos

ALM	Reunião sobre Liderança em África
TARV	Tratamento antirretroviral
ARV	Antirretrovirais
AU	União Africana
AUC	Comissão da União Africana
CSO	Organização da Sociedade Civil
GAP	Plano de Acção Global para a Saúde, Vidas e Bem-Estar para Todos
PIB	Produto Interno Bruto
GNP+	Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV
HLTF	Força-tarefa de alto nível da OMS sobre Financiamento Internacional Inovador para Sistemas de Saúde
PCV	População-chave e vulnerável
LGBTQI+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros, queer e intersexuais
MISAU	Ministério da Saúde
MoHP	Ministério da Saúde e População
ONG	Organização Não Governamental
NHI	Seguro Nacional de Saúde
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para o Alívio do SIDA em Pessoas que Vivem com HIV
CSP	Cuidados de Saúde Primários
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
SSRD	Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos
TB	Tuberculose
CUS	Cobertura Universal em Saúde
UHI	Seguro Universal em Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
OMS	Organização Mundial da Saúde

1. Contextualização

A saúde é um direito humano fundamental que os governos têm o dever de assegurar para todos. No entanto, os mais pobres, os mais vulneráveis e os marginalizados não têm actualmente acesso a cuidados de saúde adequados. O governo e a sociedade civil têm um papel fundamental a desempenhar para garantir que os programas de saúde prestem uma atenção sistemática a esses grupos de população e comunidades, assegurando-lhes acesso necessário a serviços de saúde equitativos e de boa qualidade, sem terem de enfrentar dificuldades financeiras; sejam informados das políticas de saúde; e possam contribuir para os esforços de fortalecimento dos sistemas de saúde do seu país, de modo a que ninguém seja excluído.

A Cobertura Universal em Saúde (CUS) significa que todos recebem serviços de saúde de qualidade, quando e onde precisam deles, sem incorrer dificuldades financeiras. A CUS é uma escolha política. Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em Setembro de 2019, apenas alguns meses antes do surgimento da pandemia da COVID-19, os Estados-membros da ONU fizeram essa escolha ao endossar a Declaração Política sobre a CUS.¹ A pandemia ilustrou por que esse compromisso é tão importante e por que, à medida que o mundo responde e se recupera da COVID-19, devemos buscar a CUS com mais determinação, inovação e colaboração.

A maioria dos países africanos integrou a CUS como um objectivo nas suas estratégias nacionais de saúde. No entanto, os progressos na tradução destes compromissos em mais recursos nacionais para a saúde, numa ajuda ao desenvolvimento mais eficaz e, em última análise, em serviços de saúde equitativos e de qualidade e numa maior protecção financeira, têm sido lentos. Sem grande apoio financeiro internacional, os governos estão a voltar-se para os regimes nacionais de seguro de saúde (NHI) para financiar a cobertura universal em saúde, tornando o acesso aos cuidados de saúde dependente de contribuições financeiras regulares. A provisão da cobertura universal em saúde para a população-chave² tem sido principalmente assumida por organizações da sociedade civil (OSC) e provedores de cuidados de saúde privados.

A CUS abrange toda a gama de serviços de saúde essenciais, desde a promoção da saúde à prevenção, tratamento, reabilitação e aos cuidados paliativos ao longo da vida.³ No entanto, os serviços de saúde essenciais continuam a não estar disponíveis para pelo menos metade da população mundial. Mais de 800 milhões de pessoas suportam o ónus das despesas catastróficas com os cuidados de saúde, que representam pelo menos 10% do rendimento do agregado familiar, e as despesas directas levam quase 100 milhões de pessoas à pobreza todos os anos. Em África, apenas 48% de pessoas recebem os cuidados de saúde de que necessitam.⁴ Esta situação é ainda agravada pelo impacto socioeconómico de HIV/SIDA, uma vez que cerca de 39 milhões de pessoas vivem actualmente com o HIV e dezenas de milhões morreram de causas relacionadas com SIDA desde o início da epidemia. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA),⁵ na África subsaariana, em 2023, 25,8 milhões de pessoas viviam com HIV, 660 000 foram infectadas recentemente com HIV e 380.000 morreram de doenças relacionadas com SIDA. A percentagem de pessoas que vivem com HIV que estavam a receber tratamento antirretroviral (TARV) era de 83% na África Oriental e Austral e de 78% na África Ocidental e Central. A nível mundial, a prevalência média de HIV entre a população adulta (15-49 anos) era de 0,7%. No entanto, a prevalência média era significativamente mais elevada entre a população-chave:

- 2.5% entre trabalhadores ou trabalhadoras de sexo
- 7.7% entre homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens
- 5.0% entre pessoas que injectam drogas
- 10.3% entre pessoas transgénero, e
- 1.4% entre pessoas em prisões.

A parceria da Love Alliance⁶ baseia-se num compromisso inabalável de protecção, promoção e realização de saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) a nível global, unindo pessoas que usam drogas, movimentos de trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e LGBTQI+, e amplificando a diversidade de vozes nestas comunidades. Financiada pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos, a Love Alliance reúne líderes nacionais inspiradores como a GALZ (uma associação de pessoas LGBTI no Zimbabué), a SANPUD (Rede Sul-Africana de Pessoas que Usam Drogas) e a Sisonke (uma organização dirigida por trabalhadores ou trabalhadoras de sexo), doadores regionais UHAI, ARASA (AIDS Rights Alliance for Southern Africa) e ISDAO (Initiative Sankofa d’Afrique de l’Ouest), com a Rede Global de Pessoas que Vivem com HIV (GNP+) e o líder administrativo dos Países Baixos, a Aidsfonds.

Este programa de cinco anos tem por objectivo conseguir uma redução significativa da incidência do HIV, influenciar políticas, organizar comunidades e sensibilizando-as para os direitos e a saúde em Burquina Fasso, Burundi, Egipto, Quénia, Marrocos, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Uganda e Zimbabué. A Love Alliance ocupa um espaço crítico na promoção de SSRD, unindo a população marginalizada num forte movimento de Activistas Pan-Africano, liderado por jovens, e levando as vozes locais a uma audiência global para influenciar decisões que afectam os seus direitos, a sua saúde e as suas vidas. Com um enfoque específico em pessoas que usam drogas, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, pessoas LGBTQI+ e pessoas que vivem com HIV, este programa visa atingir os seguintes objectivos:

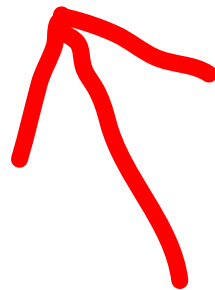
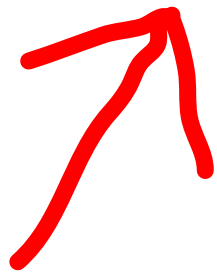
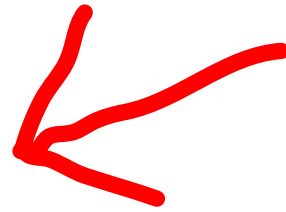
- Movimentos de população-chave competentes, inclusivos, influentes e que se apoiam mutuamente num espaço cívico sem restrições.
- Um fim da violência sexual e baseada no género, do estigma e da discriminação contra a população-chave.
- Igualdade de acesso a serviços inclusivos, centrados nas pessoas, responsáveis e integrados de HIV e a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva.

Os líderes de advocacia global da Love Alliance, a Aidsfonds e a GNP+, têm uma parceria de longa data com a WACI Health e encomendaram à WACI Health para elaborar este relatório sobre o estado da implementação de CUS em África, centrando-se nos 10 países da Love Alliance.

O estudo utilizou uma análise documental para examinar o estado de CUS e avaliar a dimensão do acesso fornecido à população-chave e vulnerável (PCV), e para compreender os níveis de participação das OSC na implementação de CUS. Ademais, os parceiros da Love Alliance e as OSC foram entrevistados como informantes-chave para recolher experiências, opiniões e recomendações das comunidades sobre a CUS.

Este relatório destaca contextualizações, situação e o financiamento de CUS, estratégia de O HIV/SIDA no âmbito de CUS, acesso aos serviços de CUS para a PCV e os mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades na concepção, implementação e monitoria de CUS em África e nos 10 países onde a Love Alliance está presente. As fontes de informações fornecidas estão listadas no quadro no final do relatório.

2. Quadros de Políticas e Iniciativas da União Africana Sobre a Cobertura Universal em Saúde



Em 2001, a União Africana (UA) comprometeu-se, através da Declaração de Abuja, a alocar pelo menos 15% dos orçamentos nacionais aos cuidados de saúde como uma das vias para alcançar a CUS.⁷ No entanto, até à data, apenas África do Sul cumpriu este compromisso. Embora alguns outros países tenham conseguido alocar 15% do seu orçamento interno ao sector da saúde, não mantiveram o compromisso.⁸

Em 2015, o Mecanismo de Financiamento Global foi estabelecido pelo Grupo Banco Mundial e parceiros como uma iniciativa de vários intervenientes para ajudar os países a melhorar os serviços de saúde materna, infantil e de adolescentes. Mais ainda, durante a Reunião de Alto Nível da ONU sobre CUS em 2019, os Estados-membros adoptaram por unanimidade uma Declaração Política afirmando o compromisso político com CUS e delineando uma série de acções. Estas incluíram aumento do financiamento para CUS e a formulação e fortalecimento de políticas para uma CUS equitativa e integrada para todos, incluindo grupos vulneráveis. Ademais, o Plano de Acção Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para Todos (GAP) foi lançado em Janeiro de 2020. O seu objectivo é apoiar os países na realização do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 sobre saúde e bem-estar para todos. O GAP envolveu agências que se comprometeram a alinhar o seu trabalho para fornecer um apoio mais simplificado aos países e reduzir as ineficiências. Adicionalmente, o segundo Fórum de CUS, realizado em Bangkok em 2022, comprometeu-se a aumentar a dinâmica política sobre CUS em fóruns internacionais, particularmente no que diz respeito a abordagens para mobilizar e reunir fundos para pagar os cuidados de saúde primários (CSP).

O Financiamento do Sector da Saúde representa um desafio significativo para CUS, uma vez que muitos países dependem de fontes externas de financiamento. Isto levanta preocupações sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, uma vez que o financiamento externo pode não ser fiável para apoiar a CUS. De acordo com a Africa Scorecard on Domestic Financing for Health 2023 [Cartão de Pontuação de África sobre o Financiamento Interno no sector da Saúde] (que apresenta dados de 2020), apenas a África do Sul alcançou o objectivo da Declaração de Abuja de 15% do orçamento nacional gasto na saúde.

Apenas três países (Lesoto, África do Sul e Seicheles) atingiram o valor de referência de 5% do produto interno bruto (PIB) gasto com a saúde, tal como recomendado pelo Centro de Segurança Sanitária Mundial da Chatham House;⁹ e 10 países (Argélia, Botswana, Cabo Verde, Eswatini, Gabão, Maurícias, Namíbia,

África do Sul, Seicheles e Tunísia) gastam mais de USD 86.30 per capita anualmente com a saúde, valor baseado nas recomendações da Força-Tarefa de Alto Nível da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o Financiamento Internacional Inovador dos Sistemas de Saúde (HLTF).¹⁰ Consequentemente, os cidadãos são sobrecarregados com elevadas despesas directas para cobrir suas necessidades de cuidados de saúde. O Fundo Global e o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR) são os principais financiadores externos da saúde na maioria dos países Africanos.

Durante a 32.ª Sessão Ordinária da Assembleia de Chefes de Estado e de Governo em 2019, os Estados-Membros da UA adoptaram duas declarações em apoio às recomendações da Reunião sobre Liderança em Africana (ALM) e encarregaram a Comissão da União Africana (CUA) de coordenar os parceiros e supervisionar a implementação:

- **Assembleia/UA/Decl.1 (XXXII):** Declaração sobre o relatório de progresso do AIDS Watch Africa (AWA): Resultados da Reunião de Alto Nível sobre a Liderança nos Fundos de Financiamento do sector da Saúde.
- **Assembleia/UA/Decl.4 (XXXII):** Declaração sobre a Reunião de Liderança em África - Investir na Saúde: "Compromissos de Adis Abeba para uma responsabilidade partilhada e uma Solidariedade Global para um Maior Financiamento do Sector da Saúde".

Ambas as declarações reafirmaram o compromisso da UA de aumentar recursos internos para o sector da saúde e concordaram que o investimento na saúde impulsiona o desenvolvimento do capital humano, que é a base sobre a qual será construído o crescimento económico sustentável de África. Os compromissos de ALM podem ser divididos em quatro pilares:

- 1º Pilar: Gerar ou mobilizar novos recursos internos para a saúde.
- 2º Pilar: Libertar mais recursos através da melhoria da eficiência e da eficácia das despesas.
- 3º Pilar: Advogar a favor de um maior investimento interno na saúde e defender uma maior eficiência e eficácia das despesas de saúde.
- 4º Pilar: Melhorar a medição e reforçar a responsabilização.

Os compromissos mais detalhados de ALM são os seguintes:

- **Aumentar o investimento interno na saúde** e analisar anualmente o desempenho dos países - a nível dos Chefes de Estado - em função dos parâmetros de referência do Cartão de Pontuação de África sobre o Financiamento Interno da Saúde.
- **Digitalizar o "Cartão de Pontuação de África sobre o Financiamento Interno da Saúde"** para que os dados utilizados para analisar o desempenho sejam mais amplamente disseminados.
- **Complementar o Cartão de Pontuação com um Rastreador do Financiamento Interno da Saúde** que permitirá acompanhar " catalisadores" mais granulares do progresso em prol dos resultados desejados do Cartão de Pontuação.
- **Criar Centros Regionais de Financiamento do Sector da Saúde em cada uma das cinco regiões de África**, para impulsionar a implementação das resoluções da Assembleia da UA pelos países e coordenar o alinhamento dos esforços dos parceiros de desenvolvimento com prioridades de África.
- **Convocar os Ministros Africanos das Finanças e da Saúde de dois em dois anos** para debater o Financiamento do Sector da Saúde e analisar os progressos registados em relação aos valores de referência.
- **Melhorar a capacidade de gestão das finanças públicas** de modo a contribuir na melhoria da cobrança de impostos e/ou aumentar a proporção de receitas fiscais cobradas como percentagem do PIB, através de uma tributação geral equitativa e eficaz e de uma cobrança de receitas melhorada, e reforçar a capacidade dos Ministérios das Finanças e das Autoridades Tributárias para atingir este objectivo.
- **Melhorar os sistemas nacionais de Financiamento do Sector da Saúde**, incluindo através de exploração de opções para reduzir a fragmentação, explorar o NHI [Seguro Nacional de Saúde] (se for caso), reforçar a capacidade de adquirir serviços de forma eficaz e intensificar esforços para melhorar a prevenção, relação custo-eficácia e a eficiência de alocação de recursos.
- **Reorientar as despesas da saúde** e os sistemas de saúde de modo a que, ao longo de todo o ciclo de vida, se concentrem nas doenças e condições que têm

maior impacto na mortalidade e no desenvolvimento do capital humano, com a combinação de intervenções que terão maior impacto no seu combate.

- **Aumentar a coerência** através de um melhor alinhamento dos esforços multilaterais, bilaterais e do sector privado com prioridades do continente.
- **Atrair mais capital privado para o sector da saúde** através de criação de climas de investimento favoráveis e aumentar a participação dos Estados-Membros no sector da saúde.
- Continuar a **advocacia para o Financiamento do Sector da Saúde em África**, dando prioridade aos investimentos feitos para a saúde e aumentar a eficiência na afectação e utilização dos recursos colectados para a saúde. O investimento na saúde como catalisador do capital humano, e não como um custo.

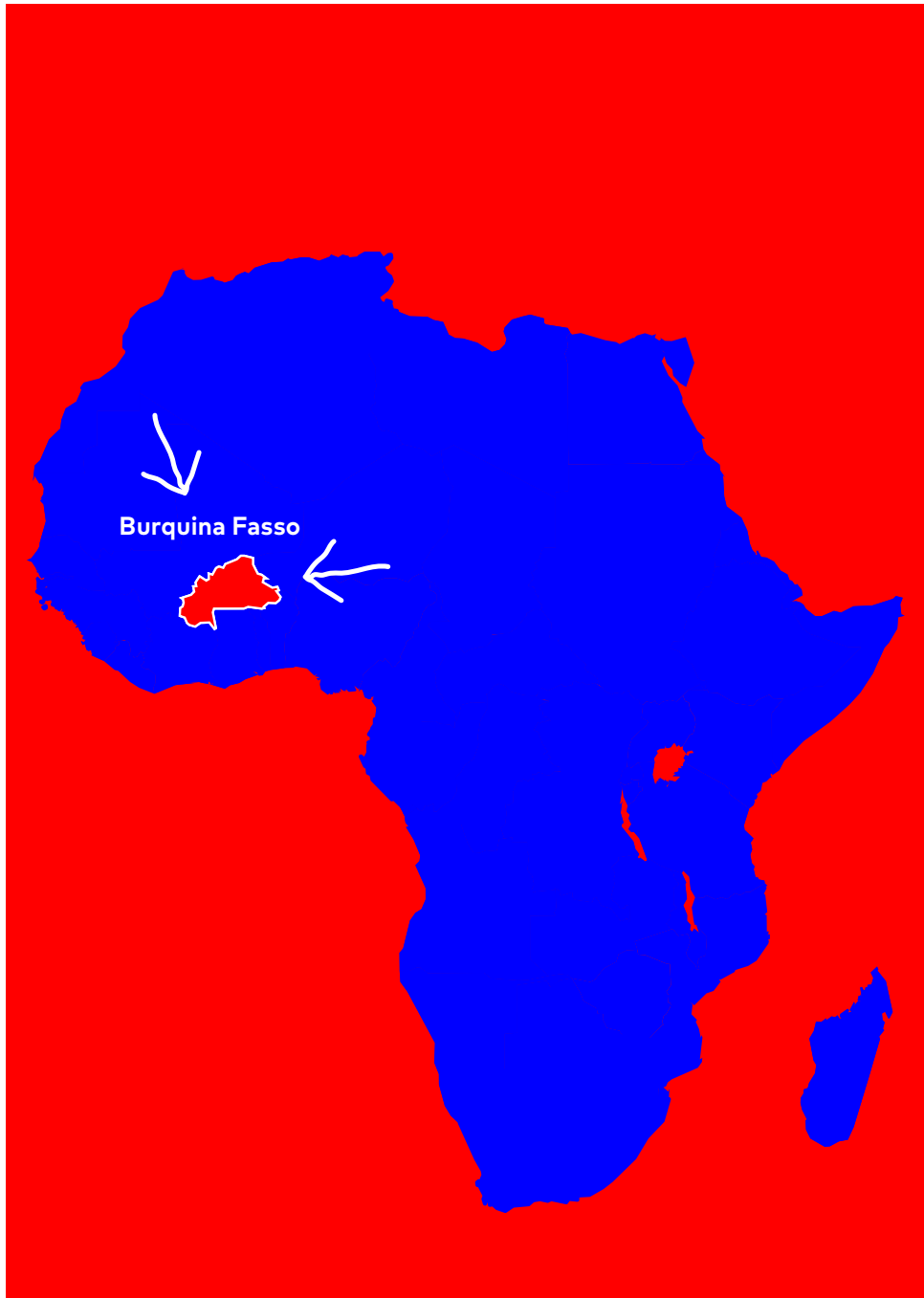
Progresso na implementação da Declaração ALM

- A **Reunião** inaugural dos **Ministros de Saúde e de Finanças** teve lugar em 2020 e reiterou a importância de dar prioridade ao Financiamento do Sector da Saúde em África e de se voltar a reunir semestralmente para abordar questões iminentes sobre a mobilização de recursos internos.
- O projecto-piloto dos **Centros Regionais de Financiamento do Sector da Saúde** começou com um **exercício de avaliação** na região da Comunidade da África Oriental (EAC) em 2020 e na região da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) em 2021. Os centros destinam-se a fornecer conhecimento técnico e prático para apoiar os países na aplicação de reformas previstas no Rastreador. Até à data, foram realizados diálogos nacionais sobre o Financiamento do Sector da Saúde em oito países: Burundi, Quênia e Ruanda (da EAC), e Malawi, Maurícias, Moçambique, Zâmbia e Zimbabué (da SADC).
- Está em curso a **produção anual do Cartão de Pontuação de África sobre o Financiamento Interno do Sector de Saúde**. A edição de 2023 foi digitalizada após a aprovação dos ministros da Saúde e das Finanças.
- A missão de avaliação do **Rastreador do Financiamento do Sector da Saúde** foi concluída em 2022 na África do Sul, sob a liderança de CUA e da Agência de Desenvolvimento da UA. O Rastreador destina-se a basear-se no Cartão de Pontuação, fornecendo "catalisadores" mais granulares do progresso em prol dos resultados do Cartão de Pontuação.



Photo: Cynthia R Matonhodze

3. Burquina Fasso



3.1. Contextualização

O Burquina Fasso é um país saheliano de baixo rendimento com recursos naturais limitados. A sua economia baseia-se essencialmente na agricultura, embora as exportações de ouro estejam a aumentar. Mais de 40% da população vive abaixo da linha de pobreza. Burquina Fasso ocupa 184.º lugar entre 191 países no Índice de Desenvolvimento Humano 2021-2022 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Após um declínio acentuado do crescimento económico em 2022 para 1,5%, causado por uma combinação de novos choques, tanto internos (golpes de Estado, insegurança nas zonas mineiras) como externos (a invasão Russa na Ucrânia), prevê-se uma clara recuperação económica em 2023 de 4,3%.

No dia 31 de Dezembro de 2021, o Ministério da Saúde (MISAU) do Burquina Fasso informou que 444 unidades sanitárias (30,7% do total) tinham sido afectadas pela insegurança nas regiões mais afectadas pela crise humanitária. 149 unidades sanitárias estão completamente encerradas, privando cerca de 1,8 milhões de pessoas de acesso a cuidados de saúde.¹¹

Em 2022, registaram-se 1.900 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 39% em relação a 2017.

3.2. Estado de CUS

O Burquina Fasso tem uma pontuação de 40 em 100 possíveis no índice de cobertura de serviços de CUS da OMS.¹² Em 2012, o governo do Burquina Fasso iniciou a implementação do seguro de saúde universal (UHI). No entanto, o diálogo entre os decisores políticos em sectores inter-relacionados não foi o ideal, a discussão de concessões foi um desafio e o progresso foi lento. Em Março de 2012, o governo solicitou apoio da Rede de Protecção Social da Saúde (P4H),

- BF
- BI
- EG
- KE
- MA
- MZ
- NG
- ZA
- UG
- ZW

a rede global para a protecção social da saúde e o Financiamento do Sector da Saúde. Ademais, a OMS, através da Parceria de CUS, apoiou a estratégia nacional de Financiamento do Sector da Saúde validada em 2017, na sequência de um diálogo político participativo e inclusivo para a tomada de decisões. Tudo isto levou ao desenvolvimento da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde para CUS (2018-2030) e de uma lei sobre CUS.

O Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU - O Regime Universal de Seguro de Saúde) foi criado em 2015 como um regime de seguro de saúde obrigatório para os trabalhadores do sector formal, com a intenção de se tornar gradualmente obrigatório para os intervenientes nos sectores informal e agrícola.¹³ O programa Gratuité [gratuito], financiado pelo orçamento do Estado para reconstituir o Financiamento do Sector da Saúde, permite a todas as mulheres grávidas e lactantes, bem como crianças com menos de cinco anos, aceder gratuitamente aos serviços.^{14,15} Este abrange serviços para crianças, cuidados pré-natais e pós-natais, partos, cuidados obstétricos de urgência e cesarianas, bem como o tratamento de fístulas obstétricas, rastreio de lesões pré-cancerosas do colo do útero e do cancro da mama para todas as mulheres. Por outro lado, existem dois tipos de regimes voluntários: o seguro de saúde de base comunitária (CBHI - Community Based Health Insurance) e o seguro privado, que proporcionam protecção financeira com base em critérios socioeconómicos, cobrindo 0,9% da população.¹⁶

3.3. As Finanças

O governo do Burquina Fasso gasta 11,5% do orçamento nacional na saúde (contra o objectivo de Abuja de 15%), gasta 2,9% do PIB (contra a recomendação de 5% de Chatham House) e atribui USD 24,00 per capita (contra uma recomendação de USD 86,30 do HLTF da OMS). Do total das despesas na saúde, a contribuição do Estado é de 43%, as despesas directas dos agregados familiares são de 35% (o Banco Mundial classifica despesas superiores a 10% como catastróficas),¹⁷ a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 18%, as outras despesas privadas de saúde são de 2% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 2%. A percentagem da despesa pública no sector da saúde está em conformidade com os objectivos de co-financiamento do Fundo Global e foi atingido o objectivo de receitas fiscais adequadas para se alinhar com os objectivos de co-financiamento do rácio impostos/PIB do Fundo Global.¹⁸

O Burquina Fasso contribuiu com USD 1 milhão para o Sexto Reaprovisionamento do Fundo Global (2020-2022), e o PEPFAR contribuiu com USD 10,1 milhões para continuar a desenvolver a redução dos indicadores do HIV no Burquina Fasso em 2022-2023.

3.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

As pessoas são obrigadas a pagar pelos serviços de CSP nas unidades sanitárias públicas, mas os serviços de HIV estão disponíveis sem taxas para o utente. Os antirretrovirais (ARV) são cobertos pelo sistema nacional de saúde, mas há falta de dados para avaliar a cobertura da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP). Embora o país tenha adoptado uma política nacional para partilhar publicamente dados desagregados sobre HIV por região geográfica, idade e sexo (pelo menos), isso não ocorre com frequência, o que significa que os dados podem ficar rapidamente desactualizados.

As políticas nacionais incluem várias opções para a prestação de serviços diferenciados, incluindo a distribuição comunitária de TARV e a flexibilidade máxima para visitas clínicas (permitidas de 6 em 6 meses ou com menor frequência para pessoas que já estão a receber TARV) e a dispensa de vários meses (que permite que as pessoas que já estão a receber TARV recebam recargas de TARV de 6 meses). A política nacional aprova autotestagem de HIV e proíbe testagem obrigatória, mas exige que os adolescentes obtenham o consentimento dos pais/encarregados de educação para aceder à testagem e/ou tratamento do HIV.

O NHI cobre tratamento do HIV, e Burquina Fasso adoptou leis que apoiam o tratamento de HIV. Apesar destas políticas, o governo continua a ter dificuldades em oferecer plenamente serviços de testagem e prevenção de HIV e impediu a adopção de políticas que abordam restrições de idade para testagem e tratamento, educação sexual abrangente e a prevenção do HIV para pessoas encarceradas.

Em 2023, entre pessoas que vivem com HIV, 86% conhecem o seu estado de HIV; 81% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 69% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

3.5. Acesso a serviços para a população-chave e vulnerável

O Plano Estratégico Nacional define PCV como trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que vivem com HIV e pessoas portadoras de deficiência. Os serviços prestados à PCV incluem serviços preventivos e testes e tratamento do HIV. Há também campanhas sobre HIV e tuberculose (TB) para sensibilização da comunidade. No entanto, não existe uma abordagem ou serviço especial prestado à PCV, que recebem os mesmos serviços gerais que o resto da população. Como resultado, a PCV tem sido sujeita a estigma e discriminação com base no seu estado de HIV e orientação sexual, e tem medo de se dirigir aos provedores de serviços de saúde para obter serviços. Há uma falta de compreensão básica entre os profissionais de saúde em relação à PCV e, por vezes, recusam-se a prestar serviços, especialmente aos homens que fazem sexo com homens e às pessoas transgénero. As leis e políticas nacionais (ou subnacionais) tornam os serviços de cuidados de saúde e de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.

Os serviços de redução de danos para pessoas que injectam drogas não estão incluídos na política nacional e nos pacotes de serviços, apesar de a posse de seringas e de material associado não ser criminalizada. Nem os preservativos/lubrificantes nem os programas de acesso/troca de seringas estão disponíveis para os reclusos.

A legislação nacional não criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e não há relatos de pessoas processadas por actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo nos últimos anos. No entanto, o trabalho de sexo e as actividades associadas à compra ou venda de sexo são considerados crimes, tal como o consumo/posse de drogas para uso pessoal. Burquina Fasso criminaliza a exposição/transmissão não-intencional do HIV, mas não há relatos de pessoas que tenham sido presas ou processadas por esse motivo nos últimos anos.

A lei nacional não contém disposições para proteger as pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e na identidade/diversidade de género, incluindo no emprego, mas protege pessoas contra discriminação com base no seu estado de HIV, incluindo no emprego. O Burquina Fasso não dispõe de uma instituição nacional de direitos humanos à qual possam ser comunicadas violações em conformidade com os princípios de Paris.¹⁹ A saúde está incluída como um direito na constituição nacional. O país toma medidas limitadas para

incentivar a retenção de raparigas no ensino secundário. O Burquina Fasso dispõe de legislação em matéria de violência doméstica com sanções aplicáveis.

O país não utiliza Identificações Únicas (ou outro método de não-duplicação de dados) que permitam a continuidade dos cuidados em várias unidades sanitárias, mas inclui protecção legalmente vinculativa contra a divulgação de dados de saúde individualmente identificáveis, incluindo o estado de HIV.

3.6. Mecanismos de envolvimento das OSC e das comunidades

Nos termos da legislação/política nacional, existem disposições para a contratação social ou outros mecanismos através dos quais o governo financia as OSC para prestarem serviços de saúde; mas também existem barreiras legais ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave.

Não existe um mecanismo formal de engajamento das OSC no domínio de CUS com o Ministério da Saúde. No entanto, existem alguns compromissos ad hoc para a mobilização conjunta de recursos, elaboração de propostas e fortalecimento das capacidades, mas as organizações que representam a população-chave geralmente não estão envolvidas. Existe também uma associação de OSC que trabalha em programas de prevenção do HIV/SIDA, mas mesmo aqui a população-chave não está envolvida. Existe uma rede de trabalhadores ou trabalhadoras de sexo que foi criada com apoio de subvenções do Fundo Global para a população-chave garantir que receba serviços médicos.



CONCLUSÃO

O Burquina Fasso enfrenta desafios significativos para alcançar CUS, incluindo para PCV. Apesar de alguns progressos na implementação do esquema Gratuité [Gratuito], que melhorou o acesso aos serviços de saúde para mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos, ainda não existe CUS formal no país. O RAMU (NHI) revelou-se prometedor, mas a cobertura continua a ser baixa.

Por exemplo, as restrições financeiras e as despesas directas limitam os progressos em matéria de CUS, bem como a falta de políticas essenciais para melhorar o acesso aos testes de HIV e aos serviços de prevenção. A actual crise humanitária e a insegurança em certas regiões também perturbaram o acesso de milhões de pessoas aos cuidados de saúde. Os esforços para envolver as OSC e as comunidades na planificação e implementação de CUS têm sido ad hoc e carecem de um mecanismo formal e sólido. Esta falta de envolvimento estruturado deixa a população-chave marginalizada e reforça o estigma e a discriminação.

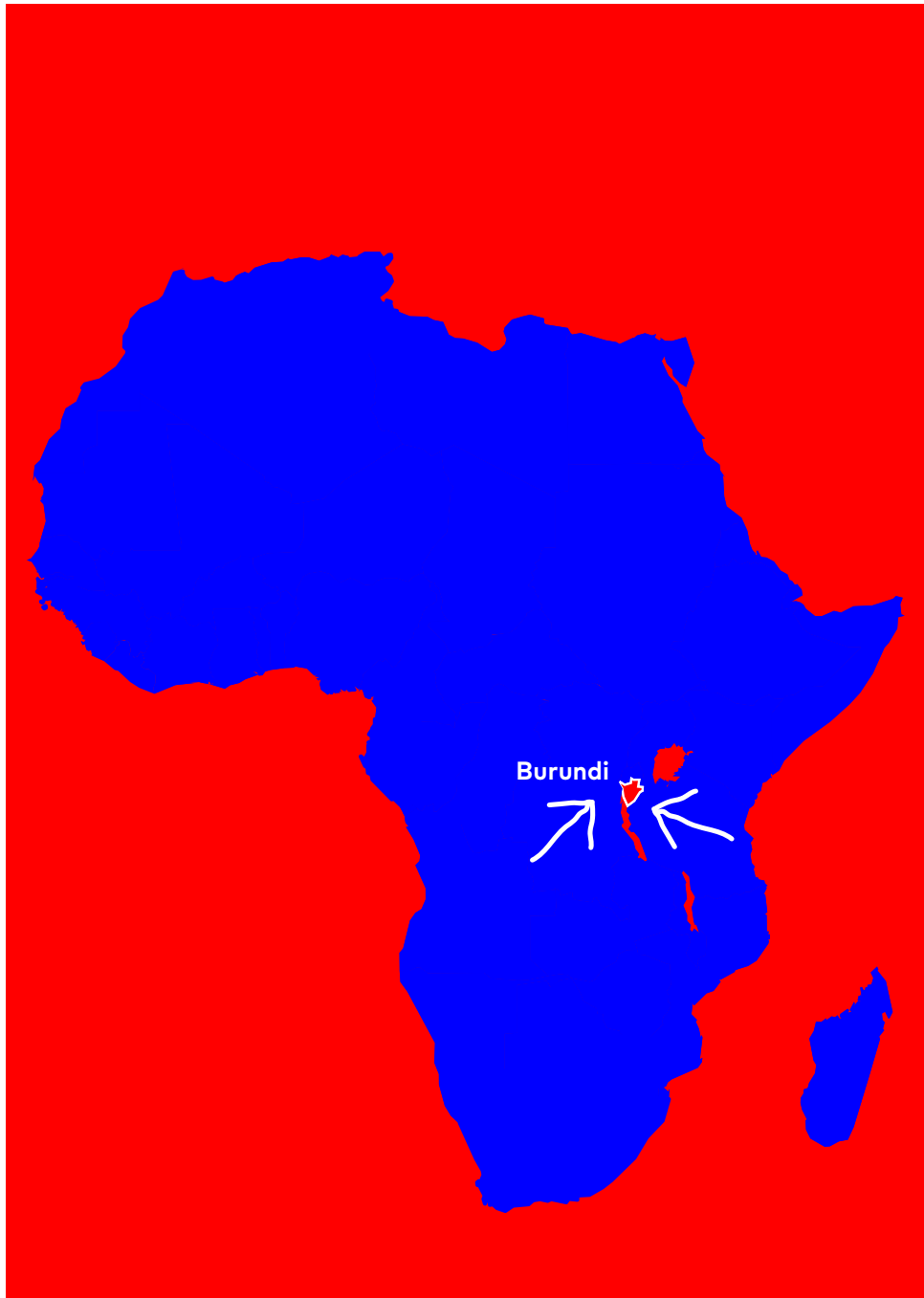
A PCV continuará a enfrentar limitações no acesso à CUS, a menos que o país adote políticas para eliminar barreiras legais, estruturais e sociais aos seus cuidados de saúde, tais como uma educação sexual abrangente, uma política de prevenção do HIV para os reclusos, a não-criminalização de uso de drogas e do trabalho de sexo, e o envolvimento das OSC que representam a PCV.



Photo: Cynthia R Matonhodze



4. Burundi



4.1. Contextualização

Um país sem acesso ao mar na África Oriental, Burundi é uma economia de baixo rendimento, com 80% da população empregada no sector agrícola. Com uma população de 12,8 milhões de pessoas (2022), 50,3% das quais são mulheres e 41,5% jovens com menos de 15 anos, o Burundi é um dos países mais densamente povoados do mundo, com um rácio de densidade de 442 pessoas por quilómetro quadrado. A actividade económica do Burundi continua frágil e vulnerável a choques. Prevê-se que o crescimento do PIB seja de 2,9% em 2023, contra 1,8% em 2022, impulsionado pela agricultura e pelos serviços.

A inflação global acelerou para 26% em Julho de 2023, impulsionada por aumentos nos preços dos alimentos e dos combustíveis. O preço de géneros alimentícios básicos aumentou, elevando a inflação alimentar para 35,8% em Julho de 2023, em comparação com 24,5% em Julho de 2022. A escassez de combustível agravou-se em Junho de 2023 devido a perturbações no abastecimento causadas pela guerra na Ucrânia. Prevê-se que o défice orçamental diminua para 6,7 % do PIB em 2023, face a 12,1 % em 2022, devido a cortes nas despesas correntes e a pequenos aumentos das receitas. Prevê-se que a dívida pública atinja 72,7 % do PIB em 2023, contra 68,4 % do PIB em 2022, impulsionada pelos desembolsos ao abrigo do Programa de Facilidade de Crédito Alargado do Fundo Monetário Internacional.

O número de novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades em 2022 foi de 1.300, uma redução de 38% em relação a 2017.

4.2. Estado de CUS

O Burundi tem uma pontuação de 41 no índice de cobertura de serviços de CUS da OMS. O pacote mínimo básico de CUS oferece tratamento para a saúde



reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas e doenças não-transmissíveis. Ademais, o pacote tem por objectivo oferecer serviços acessíveis a toda população e, especificamente, aos grupos mais vulneráveis.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS - na sua abreviatura em Francês) de 2018 serviu de quadro estratégico para reforçar os sistemas de saúde, especialmente durante a agitação política, em conformidade com a política nacional de desenvolvimento sanitário de Burundi para 2016-2025.²⁰ Há uma lacuna nos serviços de saúde, principalmente porque pelo menos 77% dos médicos clínicos estão em cargos de gestão, em oposição à prestação de serviços médicos. Consequentemente, o país está muito abaixo do rácio médico-paciente de 1:1.000 recomendado pela OMS, o que agrava a má prestação de serviços. Mais ainda, 35,5% de mulheres grávidas não recebem cuidados de saúde gratuitos, e 23,6% de crianças com menos de 5 anos e 17% dos indivíduos geralmente doentes não têm acesso a serviços de saúde.

4.3. As Finanças

O governo do Burundi gasta 8,3% do orçamento nacional na saúde (contra o objectivo de Abuja de 15%), o que corresponde a 2,4% do PIB (contra a recomendação de 5% de Chatham House), e atribui USD 6,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para a despesa total de saúde é de 35%, as despesas directas dos agregados familiares são de 30% (o Banco Mundial classifica despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 31%, as outras despesas privadas de saúde são de 3% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 1%. A percentagem da despesa pública no sector da saúde está em conformidade com os objectivos de co-financiamento do Fundo Global, mas não foi alcançado o objectivo de receitas fiscais adequadas para corresponder aos objectivos de co-financiamento do rácio imposto/PIB do Fundo Global.

O Burundi recebeu USD 44 milhões para intervenções no domínio de HIV/SIDA e da tuberculose, USD 65 milhões para malária e USD 8 milhões para fortalecer os sistemas de saúde do Fundo Global para o período orçamental 2021-2023. O Burundi comprometeu-se a pagar USD 1 milhão para a Sexta Reposição do Fundo Global, que abrange 2020-2022. O apoio do PEPFAR para o orçamento de 2022-2023 totalizou USD 25,7 milhões. Existe também o Programa Alargado de

imunização financiado pelo GAVI, UNICEF e OMS, que cobre 90% dos custos de imunização, sendo os restantes 10% financiados pelo Governo do Burundi.

4.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Ambos os serviços de TARV e PrEP são cobertos pelo sistema nacional de saúde, e o país adoptou uma política nacional para partilhar publicamente dados sobre o HIV, desagregados por região geográfica, idade e sexo (pelo menos), e partilhados trimestralmente. A política nacional do Burundi permite a distribuição comunitária do TARV e a redução da frequência das visitas clínicas, mas só foi parcialmente adoptada uma política de dispensa de vários meses, que dá acesso a recargas de ARV para 3-5 meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, que também proíbe o teste obrigatório, mas exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais/encarregados de educação para terem acesso a testagem e/ou tratamento de HIV.

Em 2023, entre pessoas que vivem com HIV, 87% estão cientes do seu estado serológico; 85% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 79% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

4.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

O Plano Nacional de Desenvolvimento do Burundi (2018-2027) especifica que a "população vulnerável" são raparigas e mulheres jovens, crianças com menos de 5 anos e as que correm risco de malnutrição, órfãos e idosos. De acordo com o Plano Estratégico Nacional Integrado para o HIV/SIDA, as Infecções Sexualmente Transmissíveis e as Hepatites Virais (2023-2027), três grupos de pessoas são considerados altamente expostos às ITS/HIV, incluindo as hepatites virais: homens que fazem sexo com homens, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e usuários de drogas, incluindo usuários de drogas injectáveis. Certos grupos populacionais foram identificados como mais vulneráveis: (i) pessoal em uniforme, (ii) pessoas afectadas por movimentos populacionais, tais como pessoas internamente deslocadas e repatriadas, (iii) refugiados e requerentes de asilo, (iv) pessoas que sofrem de insegurança alimentar e/ou nutricional, incluindo mulheres grávidas e lactantes, (v) crianças e (vi) pessoas em risco e sobreviventes de violência baseada no género, (vii) pessoas portadoras de deficiência e (viii) adolescentes e jovens.



Os utentes são obrigados a pagar pelos serviços de CSP nas unidades sanitárias públicas, mas os serviços de HIV estão disponíveis sem taxas para o utente. A política nacional restringe o acesso ao CSP pelos migrantes, mas torna os serviços de HIV acessíveis a todos os migrantes sob as mesmas condições que os cidadãos.

A legislação nacional e a política em matéria de HIV incluem pacotes de serviços de redução de danos para pessoas que injectam drogas, mas a posse de seringas e de material associado é criminalizado. Os preservativos/lubrificantes estão disponíveis nas prisões, mas as agulhas/seringas são proibidas por uma questão de política nacional.

A lei nacional criminaliza os actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. Por outro lado, a lei nacional criminaliza o trabalho de sexo e uso ou posse de drogas para o consumo pessoal. O Burundi adoptou leis de não-criminalização da exposição ao HIV e não criminaliza a exposição/transmissão não intencional do HIV, e não há relatos de pessoas que tenham sido presas/processadas por exposição/transmissão do HIV nos últimos anos. A lei nacional não contém disposições para proteger as pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e na identidade/diversidade de género, incluindo no emprego, mas protege as pessoas contra a discriminação com base no seu estado de HIV, incluindo no emprego. O Burundi dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos à qual podem ser comunicadas violações e que cumpre plenamente os princípios de Paris. A saúde está incluída como um direito na Constituição nacional.

A política nacional incentiva a retenção de raparigas no ensino secundário. O Burundi dispõe de legislação em matéria de violência doméstica com sanções aplicáveis. O Burundi não utiliza Identificações Únicas nem dispõe de protecção juridicamente vinculativa em matéria de privacidade de dados.

4.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

O MISAU criou conselhos ou comités a nível nacional que reúnem representantes do governo, OSC e membros da comunidade para discutir e planejar projectos de saúde, incluindo iniciativas de CUS. Há também consultas públicas e reuniões técnicas que reúnem o MISAU, profissionais de saúde e outros implementadores e financiadores de projectos (ONG internacionais, missões diplomáticas

estrangeiras), e para obter reacções e ideias das OSC e dos membros da comunidade sobre intervenções relacionadas com CUS. Estes fóruns promovem a participação directa e engajamento nos processos de planificação.

Ao abrigo da lei/política nacional, existem disposições em matéria de contratos sociais ou outros mecanismos através dos quais o governo financia OSC para que estas prestem serviços de saúde; no entanto, existem também obstáculos jurídicos ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave.

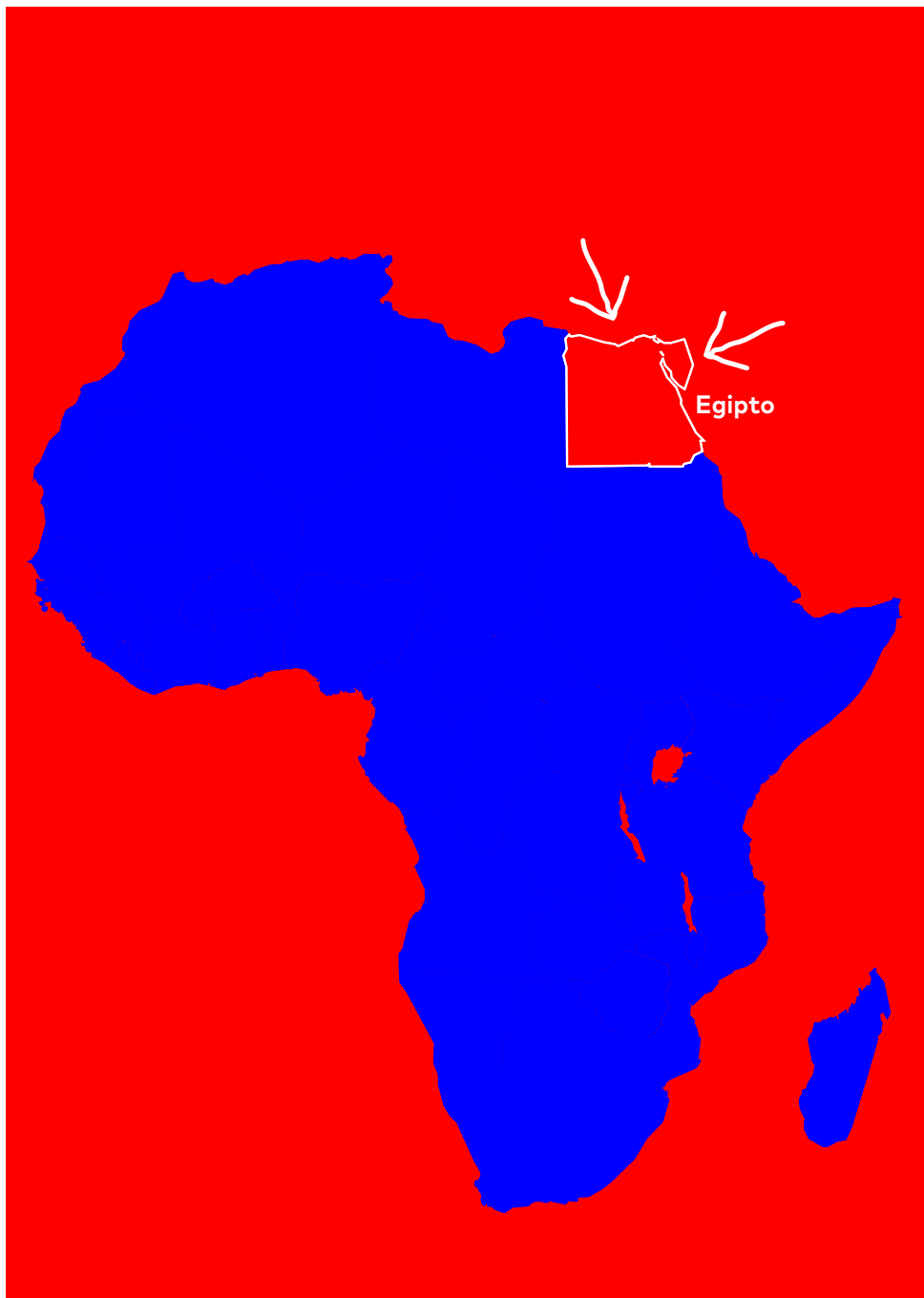
CONCLUSÃO

A jornada do Burundi rumo à CUS enfrenta desafios consideráveis que afectam o sector da saúde e o bem-estar da sua população. A não universalização do seguro de saúde resultou em disparidades significativas no acesso aos cuidados de saúde, afectando particularmente grupos vulneráveis, como adolescentes e jovens. A alocação inadequada do orçamento nacional à saúde, que fica aquém do objectivo da Declaração de Abuja, dificulta a expansão dos serviços de saúde. Há uma escassez de médicos clínicos em funções de prestação de serviços médicos, o que agrava a má prestação de serviços e conduz a um rácio médico/paciente muito inferior à norma recomendada pela OMS. Ademais, uma proporção substancial de mulheres grávidas, crianças com menos de cinco anos e indivíduos geralmente doentes não tem acesso a serviços de saúde gratuitos, e o ónus da despesa directa recai fortemente sobre os pacientes.

Foram realizados progressos louváveis na gestão de HIV/SIDA, tendo o Burundi atingido alcançado a meta 95-95-95 da ONUSIDA. No entanto, o actual sistema de Financiamento do Sector da Saúde, a falta de políticas essenciais (diagnóstico da Tuberculose, identificadores únicos com protecção de dados e não-criminalização de uso de drogas e do trabalho de sexo) e um mecanismo inadequado de engajamento das OSC e das comunidades estão a impedir a concretização de CUS.



5. Egipto



5.1. Contextualização

Os desafios que o Egipto enfrenta há muito tempo cruzaram-se com múltiplos choques globais, provocando uma crise cambial, níveis de inflação historicamente elevados e pressões que agravaram as contas orçamentais e externas, já de si sobrecarregadas. Embora desencadeados pela polícrise mundial, os crescentes desequilíbrios macroeconómicos no Egipto reflectem desafios internos pré-existentes, incluindo a lentidão das exportações não petrolíferas e do investimento directo estrangeiro, as restrições à actividade do sector privado e à criação de emprego (nomeadamente para jovens e mulheres), bem como a elevada e crescente dívida pública. A mobilização de receitas abaixo do potencial está a limitar ainda mais o espaço orçamental necessário para fazer avançar o capital humano e físico para a população Egípcia, que excede os 105 milhões, quase 30% dos quais estão abaixo da linha de pobreza nacional, de acordo com as estimativas oficiais de 2019.

Em 2022, registaram-se 5.100 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, um aumento de 70 % em comparação com 2017.

5.2. Estado de CUS

O Egipto tem uma pontuação de 70 no índice de cobertura de serviços de CUS da OMS. Em 2018, Egipto adoptou uma lei de seguro de saúde universal, que foi implementada em 4 das 27 províncias, com a expectativa de alcançar todas as províncias até 2032 para cobrir todos os egípcios com protecção financeira adequada. Em 2023, o Ministério da Saúde e População (MoHP) lançou o One Health National Strategic Framework (Quadro Estratégico Nacional Uma Só Saúde) 2023-2027, que reconheceu a estreita ligação entre a saúde humana, animal e ambiental. O seu objectivo é criar uma acção conjunta entre estes sectores para alcançar melhores resultados em matéria de saúde que possam



contribuir de forma eficaz para prevenir, prever e responder a ameaças globais à saúde, como a pandemia de COVID-19. A CUS no Egipto está na sua fase inicial e, por enquanto, não existe cobertura para toda a população. A UHI cobre 68% da população total. Abrange tudo, desde exames médicos a testes como radiografias e ecografias, tratamentos e cirurgias, sendo 80% dos serviços gratuitos.²¹

Um desafio na criação de uma base de dados para o Quadro Estratégico Nacional Uma Saúde foi o facto de inicialmente ter sido concebida apenas para indivíduos e não para famílias. Actualmente, estão a ser envidados esforços para criar um sistema de pastas familiares. Para que os provedores de serviços de saúde façam parte do quadro, devem submeter-se a uma avaliação de qualidade da Comissão de Acreditação para oferecer serviços de saúde no âmbito da rede de Cobertura Universal em Saúde. Muitos estão a lutar para atingir o nível exigido para a acreditação. Neste domínio, é importante considerar uma remuneração adequada para os médicos, uma vez que estes não estão autorizados a fazer parte da rede de CUS se trabalharem em estabelecimentos privados.

5.3. As Finanças

A despesa pública no sector da saúde é de 5,2% do orçamento nacional (contra a meta de Abuja de 15%), com uma despesa de 1,4% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House) e uma alocação de USD 48,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 per capita de HLTF da OMS). Não existem dados suficientes para avaliar fontes de despesas no sector da saúde, ou seja, a percentagem de contribuições do Estado, de despesas directas das famílias, de contribuições dos parceiros de desenvolvimento ou de outras despesas privadas no sector da saúde e de seguros voluntários pré-pagos. Em geral, a proporção da despesa pública destinada à saúde não está em conformidade com o objectivo de co-financiamento do Fundo Global, mas o rácio impostos/PIB do Egipto cumpre o objectivo de co-financiamento do Fundo Global. O Egipto recebeu USD 5,27 milhões do Fundo Global para 2022-2025.

5.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

A maioria dos pacientes tem acesso a ambos os serviços de CSP e HIV em unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. Não há dados sobre se a cobertura de saúde inclui medicamentos para o tratamento do HIV e PrEP, e se existe uma política nacional para partilhar publicamente dados desagregados sobre o HIV numa base regular. As políticas nacionais do Egipto não permitem a distribuição comunitária de TARV, mas permitem visitas clínicas a cada 3-5 meses para pessoas que estão a receber TARV, e para receberem recargas de TARV de 3-5 meses. A autotestagem não é aprovada de acordo com a política nacional. Ademais, a lei não proíbe a testagem obrigatória do HIV, e exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais/encarregados de educação para aceder à testagem e/ou tratamento do HIV.

Todos os serviços de HIV são fornecidos no pacote, incluindo aconselhamento e testagem voluntária, um pacote completo de saúde sexual e reprodutiva, incluindo distribuição de preservativos, apoio à saúde mental, redução de danos, planeamento familiar e testagem para o HIV e tratamento para pessoas que vivem com o HIV. Mas não há clareza quanto à data em que será implementado a nível nacional. As OSC consideram que é necessário advogar por este objectivo e garantir a sustentabilidade dos serviços para a população-chave, pessoas que vivem com HIV e aqueles que têm barreiras financeiras e geográficas.

O Egipto é um país de baixo risco para o HIV/SIDA, de acordo com dados da ONUSIDA. No entanto, o número de pessoas que vivem com HIV aumentou cerca de 25-35% por ano na última década, principalmente devido à falta de conhecimento e sensibilização. A Estratégia Nacional para SIDA 2018-22 do governo visava elevar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV/SIDA aos padrões globais. O governo criou outros programas em parceria com o governo dos Países Baixos, ONU e OMS para aumentar a sensibilização sobre a doença e reduzir o estigma associado à mesma.

A partir de 2023, entre as pessoas que vivem com o HIV, 74% estão cientes do seu estado de HIV; 47% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 39% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.



5.5. Acesso aos serviços para população-chave e vulnerável

A PCV é identificada como homens que fazem sexo com homens, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e seus clientes, e pessoas que usam drogas. As pessoas que correm risco de contrair HIV devido aos seus parceiros sexuais são consideradas indirectamente de maior risco. Até agora, a CUS trata todos os cidadãos da mesma forma, mas não houve estudos para compreender como a população-chave está a aceder aos serviços. É importante realizar estudos porque o pacote de HIV está na fase piloto, e a pesquisa pode informar e apoiar o governo para um lançamento nacional. Não existe informação disponível sobre acesso pelos migrantes aos cuidados de saúde (incluindo aos serviços de CSP e de HIV).

Os serviços de redução de danos estão incluídos na política nacional e nos pacotes de serviços para pessoas que injectam drogas. No entanto, a lei nacional criminaliza a posse de seringas e de material associado. Nem os preservativos/lubrificantes nem os programas de acesso/troca de seringas estão disponíveis para os reclusos.

A legislação nacional do Egipto criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. De igual modo, o governo criminaliza trabalho de sexo e uso de drogas ou posse de drogas para consumo pessoal. A legislação nacional não criminaliza a exposição/transmissão não intencional do HIV, e não há relatos de pessoas presas/processadas por transmissão do HIV nos últimos anos. O governo protege pessoas contra a discriminação no emprego com base na identidade/diversidade de género e no seu estado de HIV, mas não com base na sua orientação sexual. O país dispõe de uma instituição nacional de direitos humanos que cumpre integralmente os princípios de Paris, com uma constituição nacional que inclui o direito à saúde.

Não existem dados sobre se a política nacional do Egipto incentiva a retenção de raparigas no ensino secundário. No entanto, o Laboratório de Políticas de HIV confirma que o Egipto tem legislação sobre violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e tem protecção de privacidade de dados legalmente aplicável.

Os jovens e a população-chave do Egipto são mais afectados por cuidados inadequados porque não obtêm uma cobertura completa de serviços de saúde públicos. Isto deve-se ao facto de a lei criminalizar certos grupos da população-chave.²² Mais ainda, o Egipto ainda não adoptou políticas para aumentar o acesso aos serviços de CUS para a PCV, tais como políticas de autotestagem, testagem obrigatória, PrEP para prisioneiros e a não-criminalização de sexo entre pessoas do mesmo sexo, do uso de drogas e de trabalho de sexo.²³

5.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Juntamente com o Ministério da Saúde, as OSC desempenham um papel importante na regulação, financiamento e prestação de cuidados de saúde. No entanto, não tem havido uma oportunidade para uma plataforma de OSC ou para consulta com o governo sobre CUS.

Está em curso um esforço para lançar uma iniciativa das OSC com organizações lideradas por pessoas que vivem com o HIV e população-chave, mas sem legislação não pode avançar. Não existe uma plataforma de OSC dedicada à saúde. Tal deve-se, em parte, à complexidade do procedimento jurídico. No entanto, existe um Memorando de Entendimento (MdE) entre a Instituição Al-Shehab para a Promoção e Desenvolvimento Integral e o MoHP para estabelecer um observatório centrado na monitoria de casos de estigma e discriminação nas unidades sanitárias públicas durante a prestação de serviços

O Egipto não dispõe de uma política de contratação social para financiar serviços prestados por ONG/OSC, nem as ONG/OSC (incluindo as que trabalham com população-chave) podem registar-se, procurar financiamento e operar livremente ao abrigo das leis e políticas nacionais.



CONCLUSÃO

São necessárias mais acções de sensibilização e mudanças políticas para garantir cuidados de saúde equitativos e acessíveis a todos os Egípcios, independentemente da sua origem ou identidade. De facto, a CUS cobre apenas 68% da população, e uma maior sensibilização poderia facilitar uma implementação a nível nacional para garantir acessibilidade e sustentabilidade de serviços para todos. Actualmente, os serviços de CUS não estão universalmente disponíveis para o público em geral ou para a população-chave, deixando grande parte da população sem acesso a serviços diferenciados. As OSC desempenham um papel vital na abordagem destas questões, trabalhando com o Ministério da Saúde para denunciar casos de discriminação contra a população-chave nas unidades sanitárias públicas. O MoHP e as OSC estabeleceram um memorando de entendimento para facilitar esta colaboração.

Apesar da colaboração entre OSC e o governo, o pleno reconhecimento e inclusão da população-chave nos serviços de CUS continuam a ser um desafio, e a discriminação com base nas suas identidades persiste no sistema de saúde. Para além destes obstáculos, as unidades sanitárias públicas no Egipto prestam cuidados de saúde de baixo nível, o que leva muitos Egípcios que podem pagar a optar por unidades sanitárias privadas. Infelizmente, esta disparidade nos cuidados afecta desproporcionadamente os jovens e a população-chave devido à discriminação nas unidades sanitárias públicas com base em práticas do mesmo sexo, trabalho de sexo e uso de drogas, todos eles criminalizados. Para avançar com a CUS, o Egipto tem de enfrentar estes desafios e trabalhar no sentido de uma cobertura completa de serviços para todos os cidadãos.



Photo: Cynthia R Matonhodze



6. Quênia

6.1. Contextualização

Quênia é um país de rendimento médio-baixo com um rendimento nacional bruto per capita de USD 1.840,70. O Banco Mundial estimou um aumento anual de 4,9% do PIB em 2022-2023, com base nas taxas normais previstas, prevendo-se que a produção agrícola diminua 0,5%. A economia do Quênia alcançou um crescimento generalizado, com uma média de 4,8% por ano entre 2015 e 2019, reduzindo significativamente a pobreza (de 36,5% em 2005 para 27,2% em 2019 (linha de pobreza de USD 2,15/dia).

A população do Quênia é de 54 milhões de habitantes, dos quais 1,4 milhões vivem com HIV, incluindo 83.000 crianças com idade inferior a 15 anos. Em 2022, registaram-se 22,000 novas infecções pelo HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 35% em comparação com 2017.

6.2. Estado de CUS

O Quênia tem uma pontuação de 53 no índice de convergência de serviços de CUS da OMS. A CUS fazia parte da "agenda das quatro grandes prioridades" do Presidente Uhuru Kenyatta durante o seu mandato (2013-2022) para desenvolver a capacidade e recursos do sector da saúde. O pacote harmonizado de benefícios de saúde (HBP) foi finalizado em 2020, financiado através do NHIF e incluía serviços curativos e preventivos a serem prestados em todos os níveis de cuidados. O pacote centrou-se em todos os aspectos da política de CUS, desde a mobilização de recursos até à sua implementação.²⁴ Os direitos do HBP incluem serviços ambulatoriais, serviços de internamento, cuidados maternos, serviços de saúde reprodutiva, diálise renal, tratamento no estrangeiro para cirurgias especializadas, reabilitação de toxicodependentes e abuso de substâncias, todos os procedimentos cirúrgicos, incluindo transplantes, serviços de evacuação rodoviária de emergência, serviços de radiologia por imagem e tratamento do cancro.²⁵

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

O Plano Estratégico de Saúde do Quénia (2018-2023) visa a consecução de CUS.²⁶ A Política Universal de Saúde do Quénia 2020-2030 procura alargar progressivamente a cobertura dos seguros de saúde entre os quenianos, em especial entre os grupos pobres e vulneráveis, a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para obter melhores resultados sanitários. A CUS ainda não foi formalmente iniciada no Quénia, mas existem projectos-piloto em quatro cidades (Isiolo, Kisumu, Machakos e Nyeri) que fornecem o pacote básico de serviços de HIV, ou seja, serviços de prevenção e tratamento (preservativos e, por vezes, lubrificantes). Este pacote destina-se à população em geral; até à data, não existe um pacote para a população-chave, e é necessário defender a inclusão da população-chave na prestação de serviços.

Houve casos em que a CUS foi confundida com o National Hospital Insurance Fund (NHIF) [Fundo Nacional de Seguro Hospitalar], um regime de contribuição obrigatória para trabalhadores assalariados. Como algumas pessoas pensaram que a CUS estava a substituir o NHIF, houve menos interesse por parte da comunidade.

6.3. As Finanças

O governo do Quénia gasta 8,2% do orçamento nacional na saúde (contra o objectivo de Abuja de 15%), o que corresponde a 2% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House), e destina USD 40,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 46%, as despesas directas dos agregados familiares são de 24% (o Banco Mundial classifica as despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 18%, as outras despesas privadas de saúde são de 2% e as despesas com seguros pré-pagos voluntários são de 10%. O orçamento nacional e a política orçamental do Quénia incluem despesas de saúde suficientes e receitas fiscais adequadas para cumprir com os objectivos internacionais (os objectivos de co-financiamento do Fundo Global, incluindo o rácio impostos/PIB).

O NHIF é alimentado principalmente pela cobrança de receitas através de deduções nos salários dos trabalhadores do sector formal (seguro de saúde obrigatório), seguro voluntário (Ksh. 500, equivalente a USD 3,50 por mês para os membros principais e beneficiários) e contribuições do governo para cobrir indigentes ao abrigo do Programa de Apoio ao Seguro de Saúde.

A resposta ao HIV/SIDA continua a ser fortemente financiada por doadores, com 63,5% em 2021/2022. O PEPFAR é o maior doador para os programas de HIV, contribuindo com 37% dos investimentos totais anuais em todos os programas de HIV. O Plano Operacional do PEPFAR Quénia 2022-2023 aprovou USD 345 milhões para apoiar a resposta ao HIV. Por outro lado, a contribuição do Quénia como parte do financiamento de contrapartida do Fundo Mundial é de aproximadamente USD 19 milhões para o exercício financeiro de 2022-2023. O roteiro para a transição²⁷ salienta que, nos programas de imunização de rotina, planeamento familiar, tuberculose, HIV/SIDA, malária e nutrição, os fundos nacionais representam 7-23% do financiamento total.

6.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Os ARV não são cobertos pelo sistema nacional de saúde e há uma falta de dados para avaliar a cobertura do PrEP. O país adoptou uma política nacional para partilhar, pelo menos trimestralmente, dados desagregados sobre o HIV por região geográfica, idade e sexo. A política nacional do Quénia inclui múltiplas opções para prestação de serviços diferenciados, incluindo a distribuição comunitária de TARV e a máxima flexibilidade para visitas clínicas e dispensa de vários meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, mas a lei não proíbe a testagem obrigatória. A política nacional exige que os adolescentes obtenham o consentimento dos pais/encarregados de educação para terem acesso a testagem e/ou o tratamento do HIV.

O pacote básico de CUS no Quénia oferece serviços de saúde promocionais, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos para HIV, malária, tuberculose e doenças não-transmissíveis à PCV.²⁸ O governo não tem sido claro quanto à manutenção dos serviços liderados pela comunidade ou à disponibilidade destes serviços para aqueles que não podem contribuir para qualquer potencial regime de seguro.

Em 2023, entre pessoas que vivem com HIV, 95% estão cientes do seu estado de HIV; 94% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 89% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.



6.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

Para a resposta ao HIV, a população-chave é identificada como homens que fazem sexo com homens, trabalhadores e trabalhadoras de sexo, pessoas transgénero e pessoas que usam e injectam drogas. A população vulnerável é identificada como casais serodiscordantes, pescadores, mulheres que praticam pesca e trabalho de sexo, camionistas e pessoas encarceradas. Existe também um programa básico de "testar e tratar" gerido pelo governo. A maioria dos pacientes pode aceder aos serviços de cuidados de saúde primários e de HIV nas unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. A política nacional do Quénia restringe o acesso dos migrantes aos CSP e não existem dados suficientes sobre se os serviços de HIV lhes são acessíveis.

Os serviços de redução de danos estão incluídos na política nacional e nos pacotes de serviços para pessoas que injectam drogas, e a posse de seringas não é criminalizada. Nem os preservativos/lubrificantes nem os programas de acesso/troca de seringas estão disponíveis para os reclusos.

A legislação nacional do Quénia criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos.

De igual modo, o governo criminaliza o trabalho de sexo e o uso ou posse de drogas para consumo pessoal. A lei criminaliza a exposição/transmissão não intencional do HIV e há relatos de pessoas que foram presas ou processadas por isso nos últimos anos. O Governo protege parcialmente as pessoas contra a discriminação, incluindo a discriminação no emprego com base na orientação sexual e no estado de HIV, mas não com base na identidade/diversidade de género. O país dispõe de uma instituição nacional de direitos humanos que cumpre integralmente com os princípios de Paris e a Constituição nacional inclui o direito à saúde.

As políticas nacionais incentivam fortemente a retenção de raparigas no ensino secundário e a lei aborda explicitamente a violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e tem protecção de privacidade de dados legalmente aplicável.

A população-chave é desproporcionadamente afectada pelos serviços e cuidados de HIV, mas há uma compreensão limitada dos desafios que enfrentam. Identificar-se como homem que faz sexo com homens ou como trabalhador ou trabalhadora de sexo pode levar ao estigma, e apenas alguns hospitais oferecem serviços integrados para a população-chave. As barreiras estruturais também impedem a PCV de aceder aos serviços de saúde. As leis e políticas que não aceitam a homossexualidade, procedimentos de aborto e trabalho de sexo marginalizam ainda mais estes grupos.

6.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Embora a política nacional preveja a contratação social, as ONG e OSC, incluindo as que trabalham com população-chave, não podem registar-se oficialmente, procurar financiamento e operar. Houve algumas reuniões e workshops sobre CUS em que as OSC participaram. Algumas das iniciativas foram organizadas pela ONUSIDA para ajudar as OSC e as comunidades a compreender o pacote de benefícios e implementação de CUS. Houve um engajamento semelhante no âmbito do programa PITCH, financiado pelo governo dos Países Baixos e implementado pela Aidsfonds. No entanto, não existem mecanismos adequados para o envolvimento das OSC e das comunidades com o governo.



CONCLUSÃO

Quênia fez progressos na expansão da cobertura do seguro de saúde através do NHIF, mas ainda há necessidade de mais recursos e clareza sobre o âmbito e os benefícios de CUS. É necessário formular um mecanismo de governação de CUS que inclua os principais grupos de população-chave e que a sociedade civil participe de forma significativa no processo de implementação de CUS.

A resposta ao O HIV/SIDA no âmbito de CUS não foi totalmente integrada, sendo que a PCV, como os indivíduos LGBTQI+, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e usuários de drogas, enfrentam discriminação e acesso limitado aos serviços de CUS devido à sua criminalização ao abrigo da legislação queniana. A prevalência do HIV entre certos grupos continua a ser elevada, o que torna essencial dar resposta às suas necessidades específicas em matéria de cuidados de saúde. O governo agrava ainda mais os obstáculos à consecução de CUS através da sua ambiguidade no apoio aos serviços liderados pela comunidade e na garantia de acesso às pessoas incapazes de contribuir para potenciais esquemas de seguro.

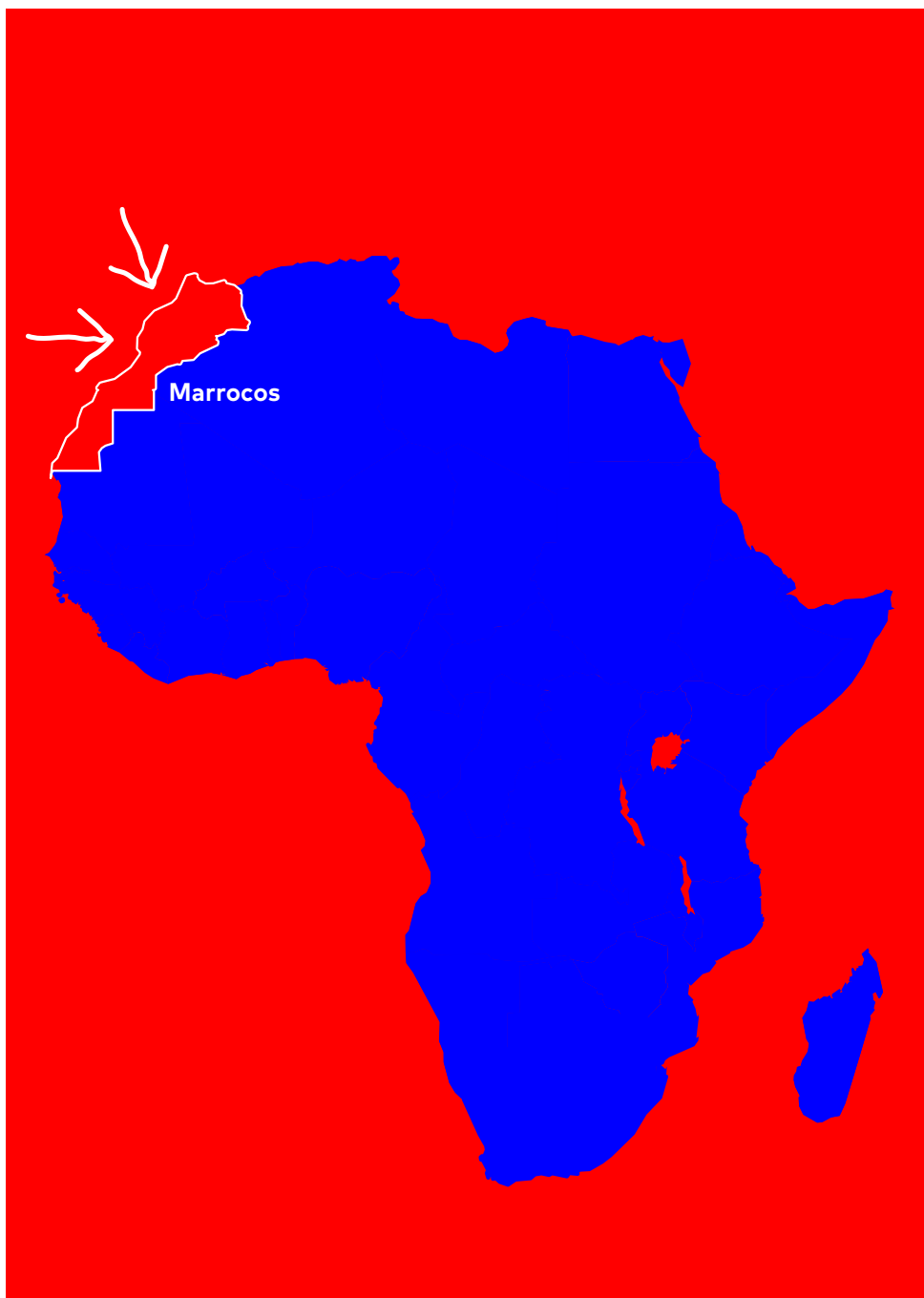
Para uma maior aceitação de CUS pela PCV, os seus benefícios para a comunidade e a forma como é implementado precisam de ser explicados mais claramente. Parte da confusão é resultado da política, uma vez que a CUS era uma prioridade para o anterior Presidente e agora não se ouve falar dela. Também é necessário clarificar a forma como será financiado: por doadores ou internamente. É igualmente necessário definir a gama de serviços clínicos, uma vez que a incidência de doenças não transmissíveis está a aumentar. Deve haver um debate sério sobre a estruturação do pacote mínimo básico de serviços para toda a população.

De um modo geral, a concretização de CUS no Quênia exige a resolução de barreiras estruturais, a adopção de políticas adequadas, garantia de recursos financeiros suficientes e promoção de um envolvimento significativo entre as partes interessadas, incluindo as OSC e as comunidades. As OSC desempenham um papel crucial na prestação de serviços de CUS directamente a essa população, mas o seu envolvimento e participação devem ser mais substanciais e sustentados.

Photo: Cynthia R Matonhodze



7. Marrocos



7.1. Contextualização

O Marrocos sofreu choques que se reforçaram mutuamente em 2022, marcados por uma grave seca que explica quase metade da desaceleração do crescimento económico em 2022. Esta situação coincidiu com um abrandamento económico mundial e com aumento dos preços internacionais de matéria-prima, alimentado pela invasão da Ucrânia pela Rússia. Neste contexto, o crescimento real do PIB caiu de 8% em 2021 para 1,3% em 2022. À medida que os efeitos destes choques se desvanecem, o crescimento está a acelerar em 2023, apoiado pela recuperação parcial da produção agrícola, pela retoma do sector do turismo e pelo contributo positivo das exportações líquidas. O crescimento anual do PIB real aumentou para 3% no primeiro semestre de 2023. O PIB de Marrocos é de USD 142,9 mil milhões, com um valor per capita de USD 3.795. O nível de pobreza é de 2,42%.²⁹ A população do país é de 38.086.231 habitantes.

Em 2022, registaram-se 750 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 24% em relação a 2017.

7.2. Estado de CUS

O Marrocos tem uma pontuação de 69 no índice de cobertura dos serviços de saúde universal da OMS. A constituição de 2011 aborda a saúde em sete artigos, entre os quais o Artigo 31 declara o direito ao acesso universal aos serviços de saúde e o Artigo 154 o direito ao acesso a serviços de saúde de qualidade. Estes artigos referem-se directamente aos três objectivos de CUS recomendados pela OMS - alcançar o acesso universal aos serviços de saúde eficazes de que as pessoas necessitam sem as expor a dificuldades financeiras.³⁰ Em 2005, o país introduziu um regime de seguro de saúde obrigatório, o Assurance Maladie Obligatoire (AMO) para o sector formal, que desde 2012



tem sido complementado por um regime de cobertura básica não contributiva, o Régime d'Assistance Médicale (RAMED) [Regime de Assistência Médica] para o sector informal. Ademais, o regime de seguro de saúde oferece um seguro de saúde gratuito às pessoas não empregadas ou subempregadas.

A saúde materna é um dos serviços prioritários no âmbito de CUS, que permite às mulheres grávidas o acesso a cuidados obstétricos gratuitos, independentemente do seu estatuto socioeconómico. Mais de 60% da população tem acesso à cobertura médica básica;³¹ no entanto, existe uma barreira geográfica para as comunidades que vivem nas zonas rurais acederem atempadamente às unidades sanitárias, o que resulta em taxas de mortalidade materna e infantil mais elevadas nas zonas rurais do que nas zonas urbanas (111,1 contra 44,6 por 100.000 nados-vivos, respectivamente).³²

7.3. As Finanças

O governo marroquino gasta 7,2% do orçamento nacional na saúde (contra o objectivo de Abuja de 15%), o que corresponde a 2,6% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House), e aloca USD 82,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 25%, as despesas directas dos agregados familiares são de 42% (o Banco Mundial classifica as despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 2%, as outras despesas privadas de saúde são de 29% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 1%. A percentagem da despesa pública com a saúde não está em conformidade com os objectivos de co-financiamento do Fundo Global, mas alcançou o objectivo de receitas fiscais adequadas para se alinhar com as metas de co-financiamento do rácio imposto/PIB do Fundo Global.

Actualmente, Marrocos administra programas de prevenção e tratamento do HIV com uma subvenção do Fundo Global no valor de USD 9,2 milhões durante cinco anos. A nova subvenção destina-se a contribuir para a redução de transmissão do HIV/SIDA entre a população vulnerável e ajudar a diminuir a doença e morte entre pessoas que vivem com HIV/SIDA através do reforço e da expansão de cuidados médicos e psicossociais. Marrocos comprometeu-se também, pela primeira vez, a contribuir com 1,29 milhões de euros para a sétima reaprovisionamento do Fundo Global, que abrange o período 2023-2025.

7.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Os ARVs são cobertos pelo sistema nacional de saúde, mas o PrEP não. Não existem dados sobre o HIV desagregados por região geográfica, idade ou género. A política nacional de Marrocos não permite a distribuição comunitária de TARV, mas permite uma frequência reduzida de visitas clínicas (de 6 em 6 meses ou com menor frequência). A política nacional permite a dispensa de vários meses, o que dá acesso a recargas de 6 meses de TARV. A autotestagem de HIV é aprovada pela política nacional, que também proíbe a testagem obrigatória, mas a política exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais/ encarregados de educação para aceder à testagem ou ao tratamento do HIV.

Em 2023, entre as pessoas que vivem com HIV, 79% estão cientes do seu estado de HIV; 74% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 69% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

7.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

No entanto, ainda não foram adoptadas as principais políticas que permitem o acesso à CUS. A maioria dos pacientes pode aceder aos CPS e aos serviços de HIV nas unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. A política nacional restringe o acesso dos migrantes aos CPS, mas torna os serviços de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.³³ A legislação nacional e a política em matéria de HIV incluem pacotes de serviços de redução de danos para pessoas que injectam drogas, e a posse de seringas e de material associado não é criminalizado. No entanto, os preservativos/ lubrificantes e agulhas/seringas não são permitidos aos reclusos por uma questão de política nacional.

A lei nacional criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. A lei nacional também criminaliza o trabalho de sexo e o uso ou posse de drogas para consumo pessoal, mas Marrocos adoptou leis de não-criminalização da exposição ao HIV e não criminaliza a exposição/transmissão não-intencional do HIV, não havendo relatos de pessoas presas/processadas por exposição/transmissão do HIV. A legislação nacional não contém disposições que protejam pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e no estado de HIV, incluindo no emprego, mas protege pessoas contra a discriminação com base na sua



identidade/diversidade de género, incluindo no emprego. Marrocos dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, e que está em plena conformidade com os princípios de Paris. A saúde está incluída como um direito na Constituição nacional.

Marrocos não dispõe de uma política nacional para incentivar a permanência de raparigas no ensino secundário. Existe legislação sobre violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e dispõe de protecção legal para a privacidade dos dados.

7.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

A Constituição de Marrocos de 2011 concedeu às OSC um papel mais formal na promulgação, implementação e avaliação das decisões e iniciativas do governo. Os artigos 12º e 13º estabelecem o direito de participar na condução dos assuntos públicos.³⁴ Como tal, as OSC em Marrocos envolvem-se na participação pública, na participação cívica e na participação dos cidadãos. As OSC e a população-chave colaboram com o Ministério da Saúde no âmbito do Programa Nacional de Luta contra SIDA, que resultou da recomendação do Fundo Global; embora se trate de um bom começo, as OSC, e especialmente a população-chave, não estão envolvidas nos processos de tomada de decisão.

Ao abrigo da legislação/política nacional, existem disposições para contratos sociais ou outros mecanismos através dos quais o governo financia as OSC para prestarem serviços de saúde; mas existem barreiras legais ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave.

CONCLUSÃO

O Marrocos deu passos significativos no avanço da CUS através da sua constituição de 2011, que reconhece explicitamente o direito ao acesso universal aos serviços de saúde e o direito ao acesso a serviços de saúde de qualidade. Estes artigos constitucionais alinham-se com os da OMS para a CUS, com o objectivo de fornecer serviços de saúde eficazes a todos sem dificuldades financeiras, e o regime de seguro de saúde AMO cobre aproximadamente 70% da população. Os progressos alcançados por Marrocos incluem melhorias na saúde materna, com a política de saúde materna e infantil a garantir às mulheres grávidas o acesso a cuidados obstétricos gratuitos, independentemente do seu estatuto socioeconómico. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde continua a ser um desafio para as comunidades rurais, o que conduz a taxas de mortalidade materna e infantil mais elevadas nas zonas rurais do que nas regiões urbanas.

As OSC têm desempenhado um papel vital na jornada de CUS de Marrocos, com a Constituição de 2011 a conceder-lhes um papel formal na influência das decisões e iniciativas governamentais. No entanto, há pouca literatura sobre os resultados das OSC na prestação de CUS através de projectos governamentais. As zonas rurais não dispõem de unidades sanitárias públicas suficientes e, em geral, a prestação de serviços nas unidades sanitárias públicas discrimina a PCV. Apesar dos progressos acima referidos, Marrocos fica aquém do objectivo da declaração de Abuja, atribuindo actualmente apenas 7,2% do seu orçamento nacional à saúde. Ao abordar o O HIV/SIDA no âmbito de CUS, Marrocos também enfrenta desafios para atingir as metas 95-95-95, com apenas 58% de todos os indivíduos infectados pelo HIV em TARV. A discriminação e a criminalização da PCV, como indivíduos do mesmo sexo, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e usuários de drogas, dificultam ainda mais o progresso no controlo da transmissão do HIV.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

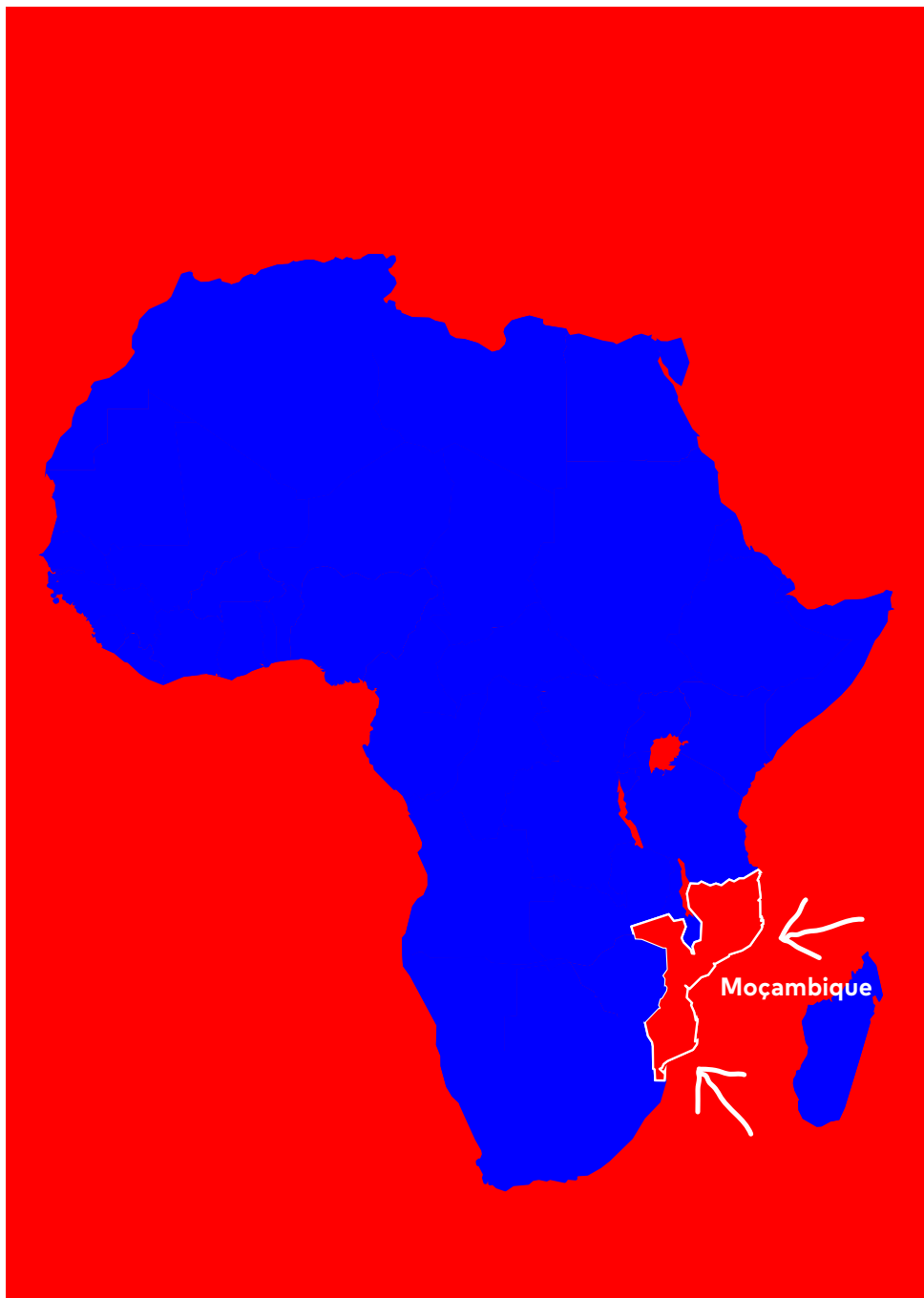
NG

ZA

UG

ZW

8. Moçambique



8.1. Contextualização

Cerca de dois terços da população de Moçambique, estimada em 33 milhões de habitantes (2022), vivem e trabalham em zonas rurais. O país é dotado de amplos recursos, incluindo terras aráveis, fontes de água abundantes, recursos energéticos e minerais, bem como depósitos de gás natural recentemente descobertos ao largo da sua costa. Após uma recuperação modesta em 2021, o crescimento ganhou ritmo em 2022, atingindo 4,2%, e deverá acelerar para 6,0% em 2023, impulsionado principalmente pela recuperação dos serviços e pelo início de produção de gás natural liquefeito na instalação offshore do Coral Sul. A dívida pública total diminuiu nos últimos anos, sendo avaliada como sustentável. No entanto, os riscos estão inclinados para o lado negativo a médio prazo.

Em 2022, registaram-se 97.000 novas infecções pelo HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 25% em relação a 2017. A nível global, Moçambique tem o segundo maior número de pessoas que vivem com o HIV e de novas infecções pelo HIV.³⁵ A prevalência do HIV entre mulheres é maior (15%) do que entre homens (9,5%).

8.2 Estado de CUS

Moçambique tem um pontuação de 44 no índice de cobertura de serviços de saúde universal da OMS. O Ministério da Saúde desempenha um papel fundamental na implementação do direito à saúde, tornando a saúde disponível para a maioria da população.³⁶ Contudo, as doenças transmissíveis ainda se propagam, particularmente o HIV/SIDA, a tuberculose e a malária, devido a barreiras sociais e estruturais. Moçambique aderiu ao IHP+ (actualmente CUS2030) em 2007. O Plano Estratégico para o Sector da Saúde 2014-2019 dá ênfase a uma "agenda de reforma e descentralização", com especial atenção para mulheres, jovens e idosos.



8.3. As Finanças

A despesa pública com a saúde é de 7,3% do orçamento nacional (contra o objectivo de Abuja de 15%), com uma despesa de 2,4% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House) e uma alocação de USD 11,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para a despesa total com a saúde é de 32%, a despesa do agregado familiar é de 10% (o Banco Mundial caracteriza despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 52%, as outras despesas privadas com a saúde são de 6% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 0%. A percentagem da despesa pública com a saúde não está em conformidade com os objectivos de co-financiamento do Fundo Global, mas foi atingido o objectivo de receitas fiscais adequadas para se alinhar com os objectivos de co-financiamento do rácio imposto/PIB do Fundo Global.

Desde 2002, o Fundo Global assinou mais de USD 2,2 mil milhões e desembolsou mais de USD 1,6 mil milhões. As subvenções activas totalizam USD 927 milhões para o período de implementação 2021-2023. O PEPFAR tem estado a financiar Moçambique com USD 400 milhões nos últimos anos. Juntos, o PEPFAR e o Fundo Global são as principais fontes de financiamento para a resposta ao HIV, contribuindo com aproximadamente 83% das despesas com o HIV a partir de 2020.

8.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Os ARV são cobertos pelo sistema nacional de saúde, mas o PrEP não. A política nacional permite a partilha pública de dados sobre o HIV, desagregados por região geográfica, idade e género; no entanto, os dados são partilhados com menos frequência do que o recomendado. A política nacional de Moçambique permite a distribuição comunitária de TARV, a redução da frequência das consultas clínicas e a dispensa de vários meses, dando acesso a recargas de TARV de 6 meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, mas a lei não proíbe testagem obrigatória, e a política nacional exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais/encarregados de educação para aceder à testagem e/ou tratamento do HIV

Em 2023, entre pessoas que vivem com HIV, 86% conhecem o seu estado de HIV; 81% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 71% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

8.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

De acordo com a Estratégia Nacional de Saúde, as mulheres trabalhadoras de sexo, os reclusos, as pessoas que usam drogas, os homens que fazem sexo com homens, os camionistas, as pessoas que vivem com o HIV, as raparigas adolescentes e mulheres jovens e pessoas portadoras de deficiência são identificadas como PCV. Embora exista um pacote geral de serviços de saúde para todos os cidadãos, não existe um serviço de saúde específico para a PCV, mas estas podem ser encaminhadas para unidades sanitárias privadas. É dada prioridade de serviço aos homens que fazem sexo com homens para PrEP, autotestagem e lubrificantes, mas não existe um pacote específico de cuidados para população-chave. A maioria dos pacientes pode aceder aos CSP e aos serviços de HIV em unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. A política nacional torna serviços de CSP e de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.

A legislação nacional e a política em matéria de HIV não incluem pacotes de serviços de redução de danos para pessoas que injectam drogas, mas a legislação nacional evita a criminalização da posse de seringas e de material associado. Os preservativos/lubrificantes e agulhas/seringas são proibidos nas prisões por uma questão de política nacional.

O sexo consensual entre pessoas do mesmo sexo não é criminalizado pela legislação nacional e não há relatos de pessoas que tenham sido processadas nos últimos anos. A legislação nacional não criminaliza o trabalho de sexo; no entanto, a gestão, organização ou facilitação do trabalho de sexo é um crime e é por vezes utilizada contra os trabalhadores ou trabalhadoras de sexo. A legislação nacional criminaliza o uso ou posse de drogas para consumo pessoal, bem como a exposição/transmissão do HIV, através de leis que se aplicam especificamente ao HIV ou a outras leis (incluindo a imposição de penas se as pessoas que vivem com o HIV não revelarem o seu estado a um parceiro). No entanto, a política de aplicação da lei evita prender ou processar pessoas por transmissão/exposição ao HIV, e não há relatos de pessoas que tenham sido presas ou processadas nos últimos anos. A legislação nacional protege as pessoas contra a discriminação, incluindo no emprego, com base na orientação sexual, identidade/diversidade de género e estado de HIV. A saúde está incluída como um direito na Constituição nacional. Moçambique tem uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, e que cumpre integralmente os princípios de Paris.



A política nacional não incentiva a retenção de raparigas no ensino secundário. Moçambique tem legislação sobre violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas (ou outro método de não-duplicação de dados) que permitem a continuidade dos cuidados em várias unidades sanitárias. No entanto, a legislação nacional não inclui protecção legalmente aplicável contra a divulgação de dados de saúde individualmente identificáveis.

TA mão-de-obra no sector de saúde tem vindo a aumentar de ano para ano e têm sido observados progressos em termos de serviços de apoio à PCV, mas estas continuam a enfrentar estigma e discriminação no acesso aos serviços. (Além disso, houve casos de trabalhadores de sexo que foram maltratados por agentes da polícia). Por conseguinte, alguns grupos da população-chave preferem receber serviços depois das horas de trabalho, mas isto tem sido difícil de realizar porque não há recursos para pagar tempo extra aos profissionais de saúde. A limitação de recursos também tem impedido a distribuição de alguns artigos essenciais (preservativos e lubrificantes) nas províncias remotas e nas zonas rurais.

8.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Apesar do crescimento registado nas últimas duas décadas, as OSC de Moçambique necessitam de uma maior capacidade organizativa para participarem plenamente no diálogo e no desenvolvimento nacional. As OSC participam na planificação e validação de actividades relacionadas com o HIV, mas, devido a uma capacidade inadequada, não se apercebem que têm um impacto significativo, mas sentem que participam mais no processo de validação do que no envolvimento desde o início. É possível melhorar a institucionalização das contribuições da sociedade civil. No âmbito da legislação/política nacional, existem disposições em matéria de contratos sociais ou outros mecanismos através dos quais o governo financia as OSC para que estas prestem serviços de saúde; no entanto, existem também obstáculos jurídicos ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave.

CONCLUSÃO

Mozambique registou progressos louváveis no financiamento dos cuidados de saúde, com uma afectação orçamental de 7,3% e redução dos pagamentos directos, contribuindo para uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde. No entanto, persistem desafios a nível da mortalidade materna, da qualidade dos serviços e da eficiência das despesas, o que exige esforços adicionais para reforçar a cobertura universal em saúde. Existem vários obstáculos importantes que estão a impedir a CUS em Moçambique. Especialmente, não existe um serviço de saúde específico adaptado à PCV, e o estigma e a discriminação dificultam o seu acesso aos serviços. Ademais, as barreiras sociais e estruturais impedem a adopção de políticas essenciais de CUS, como o fim da testagem obrigatória, o PrEP, a política de prevenção do HIV para prisioneiros e a não-criminalização do uso de drogas.

Embora o Plano Estratégico Nacional se oponha claramente à discriminação com base na identidade e na orientação sexual, há casos em que os valores e princípios profissionais e pessoais não são respeitados. Foram feitas recomendações ao MISAU para que reveja os currícula dos provedores de serviços de saúde, com o objectivo de melhorar a prática actual, porque as iniciativas isoladas não são sustentáveis para chegar a todos os provedores de saúde. São igualmente necessários programas regulares de formação da mão de obra no sector da saúde, que devem ser reforçados por uma estratégia e recursos (humanos e financeiros) que garantam a sua sustentabilidade.

Foram feitas recomendações ao MISAU para que reveja os currícula dos provedores de cuidados de saúde e implemente programas de formação regulares para os profissionais de saúde. Os ministérios devem trabalhar em conjunto para melhorar o ambiente jurídico, revogando leis punitivas e criando um ambiente regulamentar favorável à PCV. Em geral, os esforços de Moçambique para melhorar o sistema de saúde poderiam ser reforçados através de um maior investimento e promoção da colaboração entre as partes interessadas, o sector privado e as OSC.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

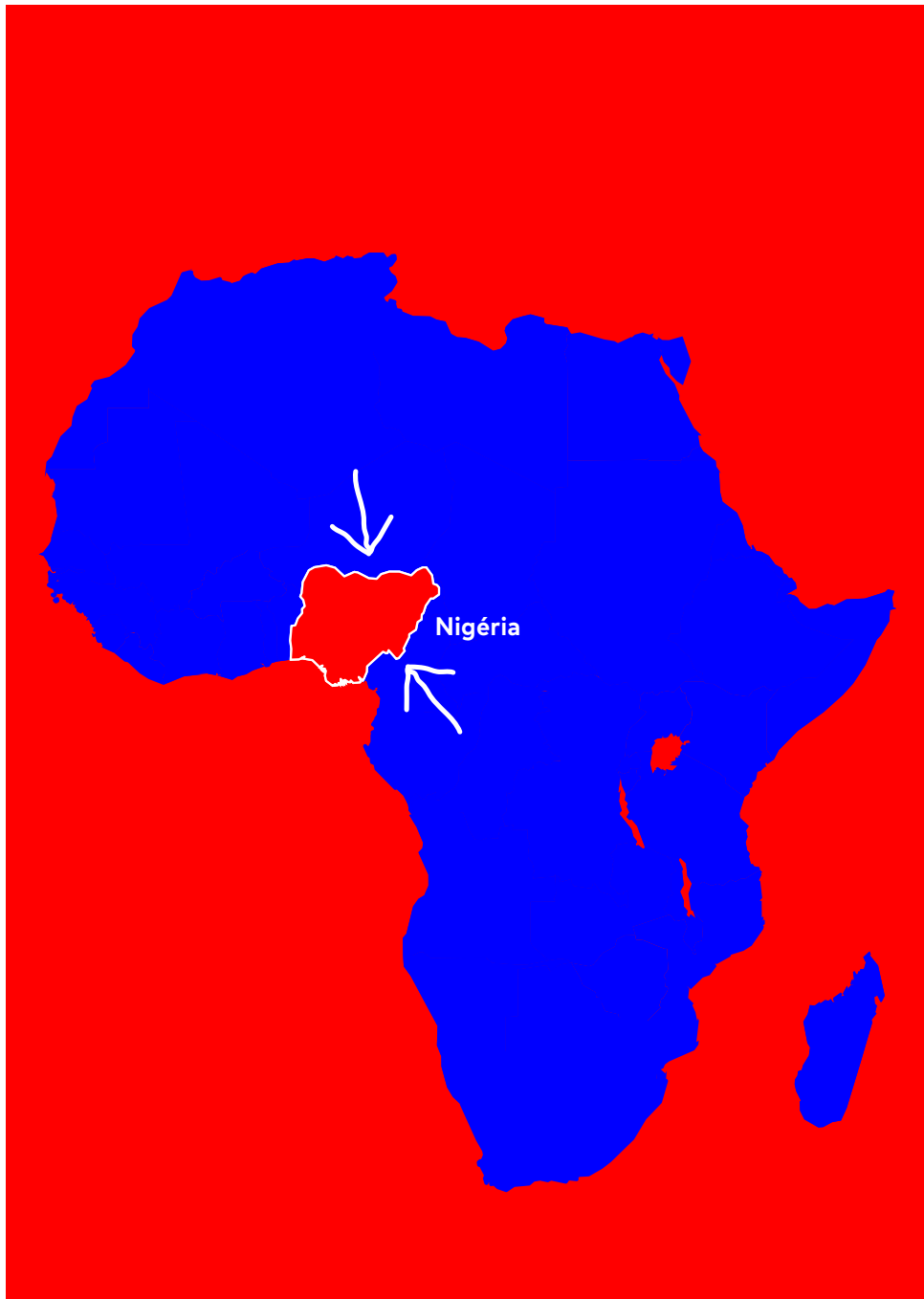
NG

ZA

UG

ZW

9. Nigéria



9.1. Contextualização

A Nigéria é uma federação multiétnica e culturalmente diversificada de 36 estados autónomos e do Território da Capital Federal. A sua população de 218,5 milhões de habitantes faz dela o país mais populoso de África.³⁷ Entre 2000 e 2014, a economia da Nigéria registou um crescimento generalizado e sustentado de mais de 7% ao ano, em média, beneficiando de condições globais favoráveis e de reformas macroeconómicas e estruturais de primeira fase. No entanto, entre 2015 e 2022, as taxas de crescimento diminuíram e o PIB per capita abrandou, devido a distorções da política monetária e cambial, ao aumento dos défices orçamentais devido à diminuição da produção de petróleo e a um programa oneroso de subsídios aos combustíveis, ao aumento do proteccionismo comercial e a choques externos como a pandemia de COVID-19. O enfraquecimento dos fundamentos económicos levou a inflação persistente do país a atingir um máximo de 25,8% em 17 anos em Agosto de 2023, o que, em combinação com um crescimento lento, está a deixar milhões de nigerianos na pobreza. A Nigéria tem um PIB de USD 477,38 mil milhões, o que faz do país a maior economia de África. A maioria da população vive em condições de extrema pobreza.³⁸

Em 2021, registaram-se 74.000 novas infeções pelo HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 33% em relação a 2016.

9.2. Estado de CUS

A Nigéria tem 38 pontos no índice de cobertura de serviços de saúde universal da OMS. Em 2022, o governo nigeriano instituiu uma Lei Nacional de Seguro de Saúde (NHIA) para promover, regular e integrar esquemas de seguro de saúde.³⁹ A NHIA torna o seguro de saúde obrigatório para todos os residentes da Nigéria, com a introdução de um Fundo para Grupos Vulneráveis e a implementação



do Fundo de Prestação de Cuidados de Saúde Básicos através de Esquemas Estatais de Seguro de Saúde estabelecidos. Trata-se de um passo importante para a consecução da cobertura universal em saúde, uma vez que a NHIA tem por objectivo prestar cuidados de saúde abrangentes e de boa qualidade que cubram os serviços básicos de saúde para a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, incluindo a oferta de testes de diagnóstico básicos e fornecimento de medicamentos e vacinas seguros e a preços acessíveis.

9.3. As Finanças

A despesa do governo com a saúde é de 4,2% do orçamento nacional (contra a meta de Abuja de 15%), com uma despesa de 0,5% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House) e uma alocação de 10 dólares per capita (contra a recomendação de 86,30 dólares de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 14%, as despesas directas dos agregados familiares são de 75% (o Banco Mundial classifica as despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 10%, as outras despesas privadas de saúde são de 1% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 1%. A proporção da despesa pública destinada à saúde e o rácio imposto/PIB do país não estão em conformidade com a meta de co-financiamento do Fundo Global.

Em 2022, o PEPFAR desembolsou mais de USD 7,8 mil milhões para um acesso abrangente a serviços de qualidade de prevenção, cuidados e tratamento de HIV para pessoas que vivem com HIV e mais de 1,9 milhões de nigerianos tiveram acesso a TARV.⁴⁰ O Fundo Global atribuiu USD1,5 mil milhões para os ciclos de financiamento 2017-2019 e 2020-2022. O Fundo Global também atribuiu USD 294 milhões para mitigar o impacto da COVID-19. A Nigéria comprometeu-se a contribuir com USD12 milhões para a sexta Reaprovisionamento do Fundo Global e, até à data, contribuiu com USD10,17 milhões, abrangendo 2020-2022.

9.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Nem os ARV nem PrEP são cobertos pelo sistema nacional de saúde. A Nigéria adoptou uma política nacional para partilhar publicamente dados sobre o HIV desagregados por região geográfica, idade e sexo, numa base trimestral. A política nacional da Nigéria permite a distribuição comunitária de TARV e

permite parcialmente uma frequência reduzida de consultas clínicas (3-5 meses para pessoas que já estão a receber TARV) e a dispensa de vários meses, o que dá acesso a recargas de TARV de 3-5 meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, que não proíbe a testagem obrigatória. A política nacional exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais/encarregados de educação para terem acesso à testagem e/ou ao tratamento do HIV.

Em 2022, entre as pessoas que vivem com HIV, 90% conheciam o seu estado de HIV; 90% dos que conheciam o seu estado estavam a receber TARV; e 86% dos que estavam a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.⁴¹

9.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

A PCV na Nigéria é identificada como homens e mulheres trabalhadores de sexo, militares, raparigas adolescentes e mulheres jovens, prisioneiros, usuários de drogas e pessoas LGBTQI+. Alguns dos serviços prestados à PCV são o teste de HIV e o teste da carga viral, mas existem restrições de financiamento para o HIV e os cuidados paliativos. Os provedores de cuidados de saúde baseados em ONG têm serviços de tratamento baseados na comunidade e kits de autotestagem. A maioria dos pacientes é obrigada a pagar taxas formais ou informais para aceder aos CSP e aos serviços de HIV nas unidades sanitárias públicas. A política nacional torna os serviços de cuidados de saúde e de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.

A legislação nacional e a política de HIV incluem um pacote de serviços de redução de danos para pessoas que injectam drogas e evitam a criminalização de posse de seringas e artigos associados. Os preservativos/lubrificantes e as agulhas/seringas não estão disponíveis nas prisões e são proibidos por uma questão de política nacional.

A lei nacional criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. O trabalho de sexo e o uso ou posse de drogas para consumo pessoal também são criminalizados, assim como a exposição/transmissão do HIV, através de leis que se aplicam especificamente ao HIV ou a outras leis (incluindo a imposição de penas se as pessoas que vivem com HIV não revelarem o seu estado a um parceiro). No entanto, a política de aplicação da lei evita prender ou processar pessoas por transmissão/exposição do HIV, e não há relatos de tais prisões ou



processos nos últimos anos. A legislação nacional não contém disposições para proteger as pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e identidade/diversidade de género, incluindo no emprego, mas protege as pessoas contra a discriminação com base no estado de HIV, incluindo no emprego. A Nigéria dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, que cumpre integralmente os princípios de Paris. A constituição nacional não inclui o direito à saúde.

Não existem disposições para incentivar a retenção de raparigas no ensino secundário. A Nigéria dispõe de legislação em matéria de violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e dispõe de protecção jurídica para a privacidade dos dados.

9.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Ao abrigo da legislação/política nacional, existem disposições relativas à contratação social ou outros mecanismos através dos quais o governo financia OSC para prestarem serviços de saúde; mas existem também barreiras legais ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave. Actualmente, não existe qualquer mecanismo que permita às OSC colaborarem com o governo em matéria de CUS ou de outras questões de saúde. O contacto com o governo é muitas vezes irregular e geralmente organizado por parceiros como a Packard e a AVAC.

Existe também um secretariado para a população-chave, a Rede de Direitos e Saúde da População-Chave da Nigéria (NKPHRN), que é um grupo de representantes de minorias que servem como fiscalizadores ao nível do financiamento para garantir que as comunidades recebam serviços de HIV e para ajudar a desenvolver orçamentos. Também ajudam na monitoria e avaliação para verificar se as actividades financiadas atingiram os objectivos pretendidos.

CONCLUSÃO

Tem havido esforços significativos para combater o HIV/SIDA no contexto da CUS. No entanto, para que a CUS seja totalmente implementada, é necessária uma consciencialização sobre as necessidades da PCV, para reduzir o estigma e a discriminação e para desafiar as leis que visam a orientação sexual. Ainda persistem desafios para alcançar a PCV. A discriminação contra alguns destes grupos nas unidades sanitárias públicas dificulta o seu acesso a serviços e cuidados essenciais. A criminalização de certos grupos, como usuários de drogas e trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, dificulta ainda mais o acesso aos serviços de saúde.

A ONUSIDA no país criticou a detenção frequente, a violência, o estigma e a discriminação contra a população-chave.⁴² Para melhorar os serviços e criar um ambiente favorável à PCV, devem ser efectuadas campanhas de sensibilização em massa para as comunidades e os provedores de serviços de saúde. Por exemplo, deve ser abordada a ideia errada de que "o HIV já não existe; não há necessidade de protecção". É necessário abordar questões de "classismo" (discriminação) com base na orientação sexual e abordar alguns dos sistemas de apoio jurídico, como a Lei do Casamento do Mesmo Sexo (Proibição) de 2013, que incentiva as pessoas a denunciarem outras com base na sua orientação sexual. A lei antidiscriminação do HIV e SIDA e a cobertura legal de políticas obrigatórias também devem proteger os direitos e privilégios das PCV.

Portanto, embora a Nigéria tenha dado passos significativos em prol da cobertura universal em saúde, ainda há desafios consideráveis a enfrentar, particularmente no que diz respeito à expansão da cobertura e do acesso para a PCV. Por outro lado, são necessários mecanismos estruturados de participação para que as OSC e o governo discutam a cobertura universal em saúde e questões de saúde, permitindo uma melhor representação e colaboração para o desenvolvimento e aplicação de políticas.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

10. África do Sul

10.1. Contextualização

O PIB per capita da África do Sul em 2021 era de USD7 055 e o país está actualmente classificado em 31.º lugar entre as principais economias. Aproximadamente 55,5% (30,3 milhões) da população vive em situação de pobreza no nível superior do limiar nacional de pobreza (992 ZAR), enquanto um total de 13,8 milhões de pessoas (25%) vive em situação de pobreza alimentar.⁴³ A África do Sul continua a ser uma economia dupla, com uma das taxas de desigualdade mais elevadas e persistentes do mundo. A elevada desigualdade é perpetuada por um legado de exclusão e pela natureza do crescimento económico, que não é favorável aos pobres e não gera emprego suficiente. A desigualdade na riqueza é ainda maior e a mobilidade intergeracional é baixa, o que significa que as desigualdades são transmitidas de geração em geração com poucas mudanças ao longo do tempo.

Em 2022, registaram-se 160.000 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 30% em relação a 2017.

10.2. Estado de CUS

A África do Sul tem uma pontuação de 71 no índice de cobertura de serviços de CUS da OMS. Em 2019, o Presidente Cyril Ramaphosa lançou o Pacto da Cimeira Presidencial da Saúde para reforçar os sistemas de saúde. O pacto estabeleceu um roteiro de cinco anos para reformas de fortalecimento dos sistemas de saúde, com nove pilares para acelerar a CUS, incluindo: aumentar e distribuir melhor os recursos humanos para a saúde; melhorar a gestão da cadeia de abastecimento para melhorar o acesso a medicamentos, equipamentos e suprimentos essenciais; executar o plano de infra-estrutura de saúde; envolver o sector privado; envolver a comunidade; melhorar o sistema de saúde em termos de qualidade, segurança e quantidade; aumentar a eficiência na gestão

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

África do Sul

financeira; desenvolver sistemas nacionais de informação em saúde para orientar políticas, estratégias e investimentos; e fortalecer a governança e a liderança para garantir a responsabilização.⁴⁴

10.3. As Finanças

A despesa pública com a saúde é de 15,3% do orçamento nacional (contra o objectivo de Abuja de 15%), com uma despesa de 5,3% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House) e uma alocação de USD 304,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 62%, as despesas directas dos agregados familiares são de 5% (muito abaixo do limite superior de 20% recomendado pelo Banco Mundial), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 1%, as outras despesas privadas de saúde são de 1% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 31%. A percentagem da despesa pública no sector da saúde está em conformidade com as metas de co-financiamento do Fundo Global, e o rácio imposto/PIB do país cumpre ou excede a meta de co-financiamento do Fundo Global.

A África do Sul é simultaneamente um doador e um executor de programas apoiados pelo Fundo Global. Desde 2003, o Fundo Global desembolsou USD 1,3 mil milhões para a África do Sul e o governo contribuiu para a Sexta Reconstituição do Fundo Global com um compromisso de USD 10 milhões, que foi desembolsado. O PEPFAR contribuiu para o orçamento de 2022-2023 com um total de USD 475,6 milhões para continuar a reduzir os indicadores de HIV na África do Sul.

10.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Tanto os serviços de ARV como os de PrEP estão cobertos pelo sistema/esquema nacional de saúde, e existe uma política nacional para partilhar publicamente dados sobre o HIV desagregados por região geográfica, idade e género (pelo menos), numa base trimestral. A política nacional da África do Sul permite a distribuição comunitária do TARV e a redução da frequência de visitas clínicas, mas a política de distribuição de vários meses só foi parcialmente adoptada, dando acesso a recargas de TARV de 3 a 5 meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, que também proíbe a testagem obrigatória. A política nacional não exige que os adolescentes obtenham consentimento dos pais ou encarregados

de educação para terem acesso ao teste e/ou tratamento do HIV. A concretização da cobertura universal de saúde na África do Sul para pessoas que vivem com HIV e população-chave ainda está atrasada, em parte porque o governo ainda não adoptou o diagnóstico e tratamento pediátrico do HIV.⁴⁵

Em 2023, entre pessoas que vivem com HIV, 94% estão cientes do seu estado de HIV; 75% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 69% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

10.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

A PCV é identificada como trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, pessoas que vivem com o HIV, reclusos, pessoas LGBTQI+, raparigas adolescentes e mulheres jovens. As unidades sanitárias públicas oferecem serviços de saúde universal, incluindo testes e tratamento do HIV, da tuberculose e das IST, exames de Papanicolaou para o cancro do colo do útero, serviços de aborto e de planeamento familiar. A maioria dos pacientes pode aceder aos CSP e aos serviços de HIV nas unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. As leis e políticas nacionais tornam os serviços de CSP e de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.

Os serviços de redução dos danos estão incluídos na política nacional e nos pacotes de serviços para pessoas que injectam drogas e a posse de seringas não é criminalizada. Os preservativos/lubrificantes estão disponíveis nas prisões, mas a posse de agulhas/seringas é proibida por uma questão de política nacional.

A legislação nacional não criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e não há relatos de pessoas processadas por tais actos nos últimos anos. A lei criminaliza o trabalho de sexo e uso ou posse de drogas para consumo pessoal. A África do Sul não criminaliza a exposição ou transmissão não-intencional do HIV, mas há relatos de pessoas que foram presas ou processadas por exposição ou transmissão do HIV nos últimos anos. A legislação nacional protege as pessoas contra a discriminação, incluindo a discriminação no emprego, com base na orientação sexual, na identidade de género e no estado de HIV. A África do Sul dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, que cumpre plenamente os princípios de Paris. A saúde está incluída como um direito na Constituição nacional.



A política nacional incentiva a retenção de raparigas no ensino secundário. A África do Sul dispõe de legislação em matéria de violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e dispõe de protecção legal para a privacidade dos dados. A constituição da África do Sul garante a todos o acesso a serviços de saúde, e a população vulnerável como refugiados e requerentes de asilo não precisam de uma autorização ou documentos de identificação sul-africanos para terem acesso ao TARV gratuito.⁴⁶ No entanto, muitos provedores de saúde discriminam a população-chave, especialmente trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e pessoas que usam drogas, fazendo com que tenham vergonha de procurar serviços de saúde e reduzindo a adesão ao TARV.

10.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Não existe um compromisso oficial das OSC com o Ministério da Saúde, mas estão a ser tomadas iniciativas para reforçar a participação das sociedades civis e das comunidades. Existe uma política de contratação social para financiar serviços prestados por ONG/OSC e as ONG/OSC (incluindo as que trabalham com a população-chave) podem registar-se, procurar financiamento e operar livremente ao abrigo da legislação nacional.

CONCLUSÃO

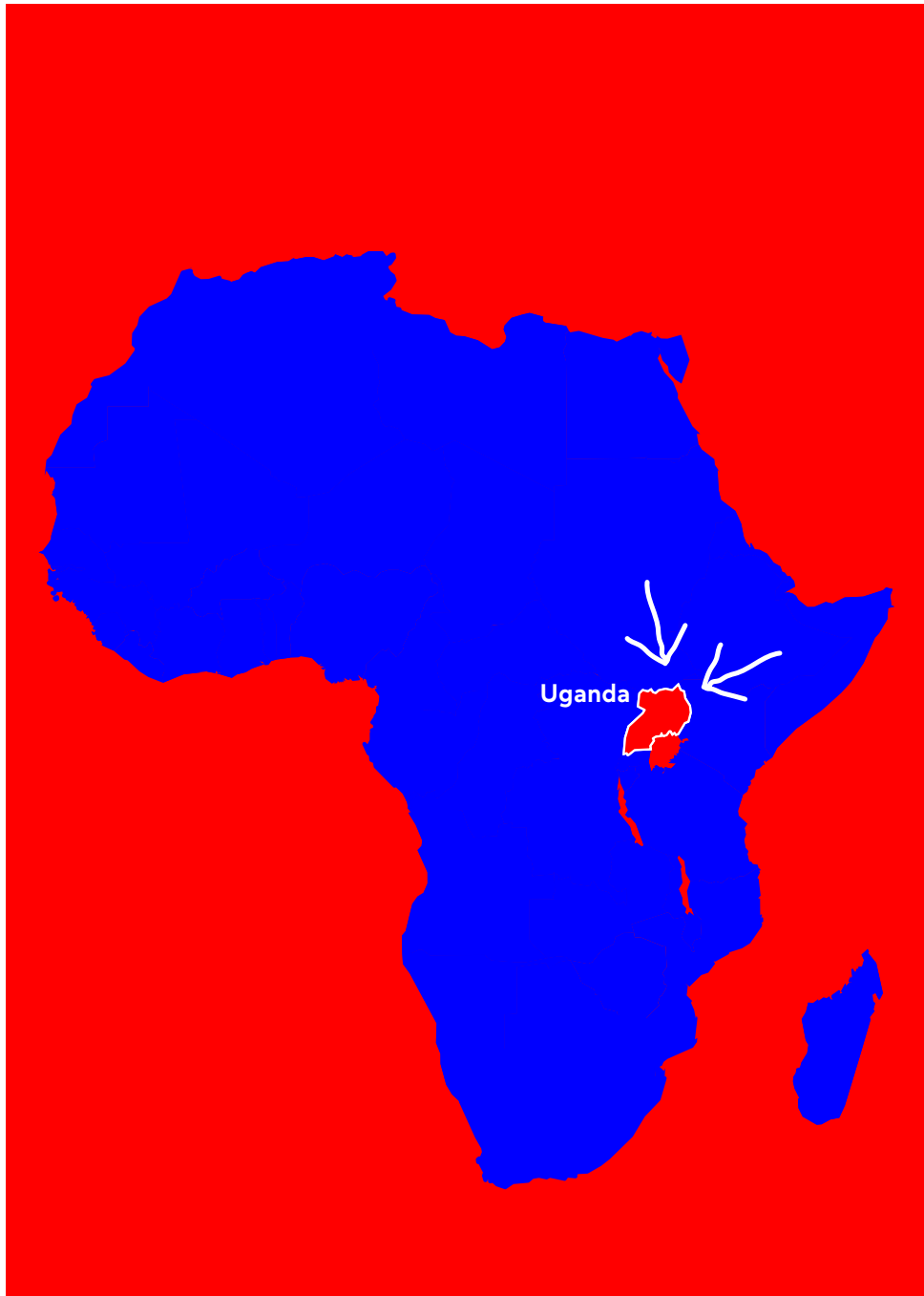
Na África do Sul, a consecução da cobertura universal de saúde (CUS) tem sido dificultada pela discriminação de que é alvo a população-chave que procura serviços nas unidades sanitárias públicas. Este facto resultou na redução de utilização de serviços essenciais entre esta população marginalizada. Contudo, o envolvimento das OSC tem mostrado resultados promissores no aumento de uso de serviços entre este grupo. No entanto, continua a existir uma necessidade imperiosa de envolver as OSC e as comunidades na monitoria e avaliação lideradas pela comunidade para garantir cuidados de saúde inclusivos e eficazes. O governo enfrenta desafios na adopção de políticas que respondam às necessidades dos trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e de pessoas que usam drogas, o que dificulta um maior progresso na adopção de serviços entre essa população. Este facto, combinado com questões de acessibilidade, resultou numa cobertura limitada para a população Sul-Africana.



Photo: Cynthia R Matonhodze



11. Uganda



11.1. Contextualização

Uganda tem uma população de 48,5 milhões de habitantes. Prevê-se que o PIB do país atinja USD 55,30 mil milhões até ao final de 2023,⁴⁷ com 20,3% da população a viver abaixo da linha de pobreza nacional.⁴⁸ O PIB per capita em paridade de poder de compra (PPC) é de USD 2694, o que corresponde ao 158º lugar na classificação mundial.⁴⁹ A economia do Uganda registou uma forte recuperação, com os três sectores (agricultura, indústria e serviços) a resistirem aos recentes choques e a impulsionarem o crescimento do PIB para 5,3% durante o AF23, em comparação com 4,7% no ano anterior. O consumo privado aumentou, enquanto o investimento público foi reduzido à medida que o espaço orçamental se estreitou e o investimento privado se retraiu em resposta a uma orientação monetária restritiva ao longo do ano fiscal. Com importações de capital mais elevadas, devido principalmente a investimentos relacionados com o projecto de desenvolvimento de petróleo bruto do país, o défice da balança corrente aumentou para 8,7% do PIB no AF23, contra 7,9% no AF2022.

Em 2022, registaram-se 52.000 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 15 % em comparação com 2017.

11.2. Estado de CUS

Uganda tem 48 pontos no índice de cobertura de serviços de saúde universal da OMS. O esquema de seguro nacional do país, que ainda não entrou em vigor, destina-se a permitir que os beneficiários recebam serviços de saúde tanto no sector público como no privado, aumentando a responsabilização dos provedores para oferecerem serviços competitivos e de alta qualidade.⁵⁰



11.3. As Finanças

A despesa pública com a saúde é de 3,1% do orçamento nacional (contra a meta de Abuja de 15%), com uma despesa de 0,7% do PIB (contra a recomendação de 5% da Chatham House) e uma alocação de USD 6,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 17%, as despesas directas dos agregados familiares são de 37% (o Banco Mundial classifica as despesas superiores a 10% como catastróficas), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 41%, as outras despesas privadas de saúde são de 1% e os seguros voluntários pré-pagos são de 4%. A proporção da despesa pública destinada à saúde não está em conformidade com a meta de co-financiamento do Fundo Global e o Uganda não alcançou a meta de receitas fiscais adequadas para se alinhar com as metas de co-financiamento do rácio imposto/PIB do Fundo Global.

Uganda prometeu USD 2 milhões para o Sexto Reaprovisionamento do Fundo Global (2020-2022) e contribuiu com USD 1,08 milhões. O Fundo Global tem cinco subvenções de base activas no Uganda, com um financiamento total de USD 602 milhões atribuídos para 2021-2023. Isto inclui uma subvenção combinada para HIV e TB no valor de USD 33 milhões e USD 263 milhões para a malária. O PEPFAR contribuiu para o orçamento de 2022-2023 com um total de USD 400,2 milhões.

11.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Os ARV são cobertos pelo sistema nacional de saúde, mas o PrEP não. O Uganda adoptou uma política nacional para partilhar publicamente dados sobre o HIV desagregados por região geográfica, idade e sexo (pelo menos), numa base trimestral. As políticas nacionais do Uganda incluem múltiplas opções para a prestação de serviços diferenciados, incluindo a distribuição comunitária de TARV e a máxima flexibilidade para visitas clínicas e distribuição de vários meses. A autotestagem é aprovada pela política nacional, mas a lei não proíbe a testagem obrigatória; no entanto, a política nacional não exige que os adolescentes obtenham o consentimento dos pais/encarregados de educação para aceder à testagem e/ou tratamento do HIV. O PEPFAR Uganda está a desempenhar um papel fundamental na melhoria dos indicadores de cobertura universal em saúde. Em Dezembro de 2021, o PEPFAR Uganda apoiou 1,27 milhões de pessoas vivendo com HIV em tratamento.

A partir de 2023, entre as pessoas que vivem com HIV, 90% estão cientes de seu estado de HIV; 84% daqueles que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 79% daqueles em TARV alcançaram a supressão da carga viral.

11.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

De acordo com o governo de Uganda, a OMS e a ONUSIDA, a população-chave é identificada como trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas em prisão e pessoas que usam drogas. A população vulnerável ou prioritária é constituída por raparigas adolescentes e mulheres jovens, camionistas e pescadores. O consórcio para a população-chave de Uganda (UKPC) identifica a PCV como pessoas LGBTQI+, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e pessoas que usam e injectam drogas.

Os serviços prestados à PCV no sector público são prestados ao abrigo da clínica especial para a população-chave em situação de maior risco nos hospitais regionais; esses serviços incluem serviços de HIV, TARV, PrEP, serviços para IST, operações especializadas e vacina contra o HPV. Nos centros de atendimento, os serviços de saúde liderados pela comunidade centram-se na malária, saúde mental, produtos de prevenção como preservativos e lubrificantes, em serviços de PrEP e na criação de um espaço seguro. A maioria dos pacientes pode aceder aos CSP e aos serviços de HIV nas unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. A lei nacional torna os CSP acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos, mas restringe o acesso aos serviços de HIV a alguns ou a todos os migrantes.

Os serviços de redução de danos estão incluídos na política nacional, com pacotes de serviços para pessoas que injectam drogas, e a posse de seringas não é criminalizada. As agulhas/seringas estão disponíveis nas prisões, mas os preservativos/lubrificantes são proibidos por uma questão de política nacional.

As relações consensuais entre pessoas do mesmo sexo são criminalizadas por lei e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. A legislação nacional também criminaliza o trabalho de sexo e uso ou posse de drogas para consumo pessoal. Uganda criminaliza a exposição ou transmissão não-intencional do HIV, e há relatos de pessoas que foram presas/processadas por este motivo. A lei não prevê disposições para proteger pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e na identidade/diversidade de género, incluindo no



emprego; no entanto, protege pessoas contra a discriminação com base no seu estado de HIV, incluindo no emprego. O Uganda dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, que cumpre integralmente os princípios de Paris. A saúde não está incluída como um direito na constituição nacional.

As políticas nacionais tomam medidas limitadas para incentivar a retenção de raparigas no ensino secundário. Uganda dispõe de legislação sobre violência doméstica com sanções aplicáveis. A legislação nacional inclui protecção juridicamente vinculativa contra a divulgação de dados de saúde individualmente identificáveis, incluindo o estado de HIV, mas não utiliza IDs únicos (ou outro método de não-duplicação de dados) que permita a continuidade dos cuidados em várias unidades sanitárias.

A violência e a discriminação contra pessoas LGBTQI+ são predominantes no Uganda. Depois de o governo ter aprovado a Lei Anti-Homossexualidade de 2014, agora descartada, a investigação da Human Rights Watch descobriu que as pessoas enfrentaram um aumento notável de detenções arbitrárias, abuso policial, extorsão, perda de emprego, despejos discriminatórios por parte dos proprietários, e acesso reduzido aos serviços de saúde devido à sua orientação sexual ou identidade de género.⁵¹ Ao longo dos anos, a polícia ugandesa efectuou detenções em massa em eventos de orgulho LGBT, em bares amigos de LGBT e em abrigos para os sem-abrigo, com base em motivos espúrios, e obrigou alguns detidos a submeterem-se a exames anais, uma forma de tratamento cruel, degradante e desumano que pode, em alguns casos, constituir tortura.^{52,53,54,55}

Nem todas as unidades sanitárias prestam serviços amigáveis à PCV, mas algumas são amigáveis como resultado de formação e capacitação, bem como de políticas formais sobre violência sexual e baseada no género para orientar os profissionais de saúde sobre como prestar serviços a diversos grupos de população-chave. Estas políticas foram desenvolvidas com apoio do Fundo Global. Existe também um mecanismo para assegurar uma transição adequada dos profissionais de saúde de uma unidade sanitária para a outra, de modo a que os serviços prestados à PCV não sejam interrompidos e a confiança construída ao longo do tempo se mantenha. As clínicas privadas são mais acessíveis à população-chave do que os provedores de serviços de saúde do governo, mas não são acessíveis a todas as comunidades da população-chave devido ao pequeno número de unidades sanitárias e ao custo.

Um dos principais desafios para a adopção de serviços para a PCV é o conhecimento limitado dos provedores de saúde sobre as necessidades da população-chave e o número limitado de provedores de saúde. Consequentemente, a população-chave não se sente à vontade para ir às unidades sanitárias devido às reacções negativas que podem receber. Outro problema é a recente legislação anti-LGBT aprovada pelo parlamento, que irá criar problemas no acesso aos serviços, uma vez que a criminalização não só aumentará o estigma e a discriminação, como também tornará mais difícil para as pessoas LGBTQI+ revelarem problemas médicos ou outros, colocando assim em risco a sua saúde e a das suas comunidades.

Um outro desafio é o cenário de financiamento deficiente, que é evidente com a falta de medicamentos essenciais e um rácio médico-paciente deficiente. O défice de financiamento também criou uma "fuga de cérebros", com a migração de médicos, o que agrava a escassez de clínicos. Estes factores afectam a acessibilidade, como se pode constatar pelas longas filas de espera, pela falta de medicamentos e pelas infra-estruturas degradadas, bem como pelas longas distâncias que muitas pessoas têm de percorrer para obter serviços, associadas a limitações de recursos para o transporte até às unidades sanitárias mais próximas.

11.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Houve algumas plataformas organizadas pelo governo e pela OMS para orientar conversações em torno da CUS, mas o governo não dedicou recursos para continuar os compromissos. A agenda existe, mas é necessário um mecanismo de coordenação através do qual o governo, os parceiros de desenvolvimento e as OSC possam se engajar de forma sustentável. Existe também um grupo de trabalho técnico para a população-chave no âmbito do Ministério da Saúde, onde é possível promover a cobertura universal de saúde em geral e para a população-chave, bem como um outro fórum no âmbito da Comissão da SIDA do Uganda - o Comité Directivo Nacional para a população-chave e prioritária, co-presidido pela USAID e pelo UKPC - onde é possível promover agendas gerais de saúde e a cobertura universal em saúde.

A legislação e a política nacionais prevêm a celebração de contratos sociais ou outros mecanismos através dos quais o governo financia as OSC para que prestem serviços de saúde, mas também existem obstáculos jurídicos ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com a população-chave.



CONCLUSÃO

Embora o Regime Nacional de Seguro de Saúde tenha sido aprovado em 2021 para aumentar a cobertura de saúde, as actuais opções de seguro de saúde de Uganda apenas cobrem uma pequena fracção da população, estimada em menos de 2%. O regime ainda não entrou em vigor, mas espera-se que a sua implementação melhore a responsabilização e a qualidade dos serviços, tanto no sector público como no privado.

No entanto, existem lacunas políticas notáveis na eliminação dos obstáculos aos serviços de saúde, e as despesas de saúde directas representam uma parte significativa da despesa de saúde, o que indica obstáculos financeiros para muitos indivíduos. Apesar destes obstáculos, a ajuda externa desempenhou um papel crucial no apoio às iniciativas de combate ao HIV/SIDA no Uganda e na melhoria dos indicadores de cobertura universal em saúde.

Apesar dos progressos registados na luta contra o HIV/SIDA, persistem desafios para alcançar a PCV no Uganda. Os grupos identificados, incluindo os trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, reclusos e usuários de drogas, enfrentam barreiras no acesso a serviços de saúde amigáveis e aceitáveis. A compreensão limitada das suas necessidades específicas, a insuficiência de provedores de cuidados de saúde e o financiamento inadequado de medicamentos essenciais contribuem para as dificuldades de acesso aos serviços. Além disso, a recente legislação que criminaliza pessoas LGBTQ+ cria mais estigma e discriminação, impedindo a sua capacidade de expressar abertamente as suas necessidades de saúde e exacerbando os problemas de acesso.

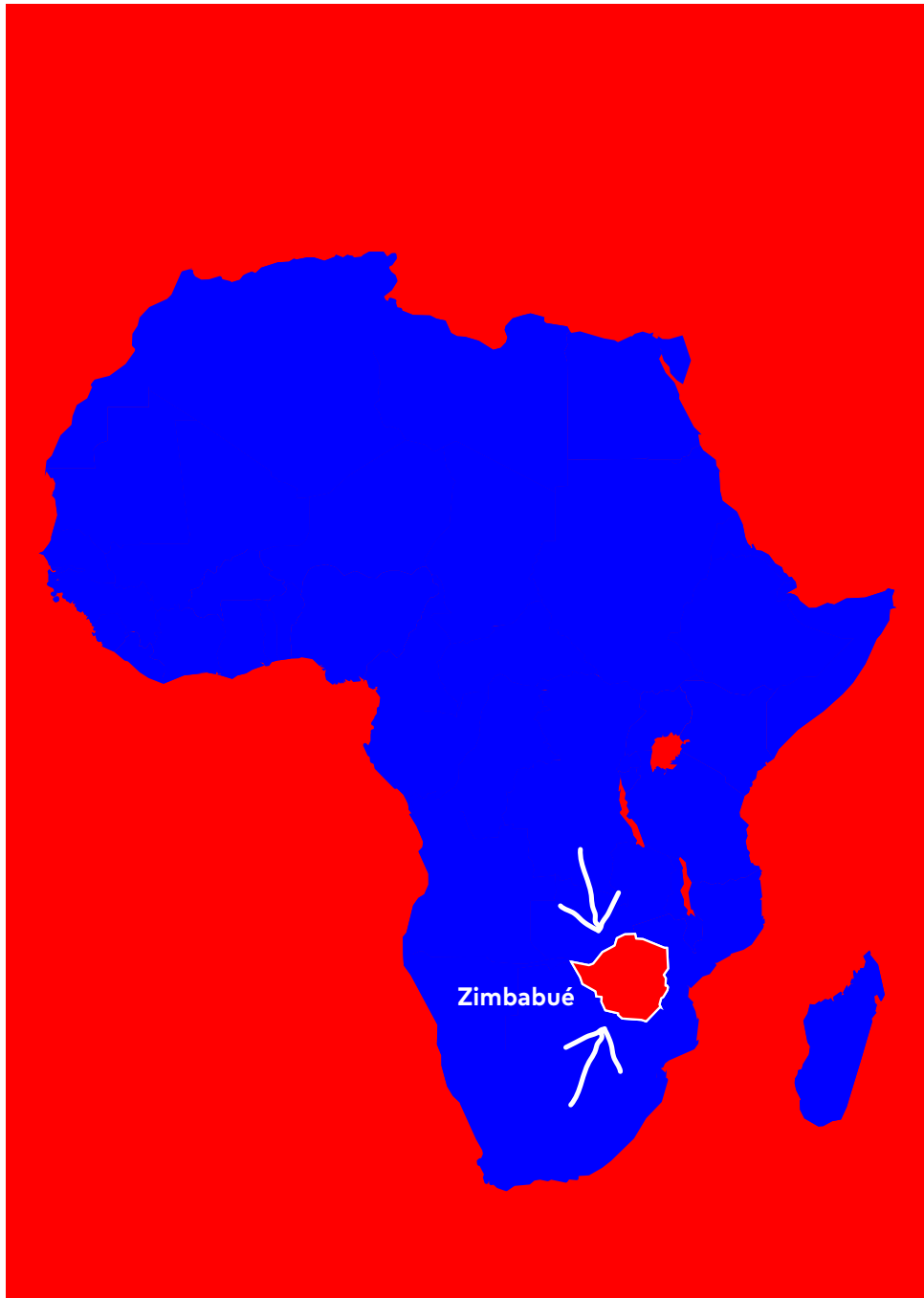
Embora as OSC tenham estado activamente envolvidas na defesa da cobertura universal em saúde e na participação em várias plataformas, o empenho do governo e os recursos dedicados para impulsionar as iniciativas de cobertura universal em saúde têm sido limitados.



Photo: Cynthia R Matonhodze



12. Zimbabué



12.1. Contextualização

Zimbabué dispõe de bases sólidas para acelerar o crescimento económico futuro e melhorar o nível de vida. A economia dispõe de um excelente capital humano, comparável ao das economias de rendimento médio-alto da África Subariana, embora esteja a surgir uma escassez de mão de obra qualificada em alguns sectores. Ademais, Zimbabué possui recursos minerais e naturais abundantes que, se forem bem geridos, podem apoiar os objectivos de desenvolvimento do país. No entanto, o desenvolvimento económico do Zimbabué continua a ser entravado por vários desafios. O crescimento real do PIB manteve-se elevado em 6,5% em 2022, contra 8,5% em 2021, impulsionado por um crescimento contínuo da produção agrícola. Os exportadores de minerais beneficiaram do aumento dos preços globais elevados e, juntamente com o turismo, contribuíram para o crescimento económico global. No entanto, a inflação de três dígitos limitou a procura do sector privado.

Em 2022, registaram-se 17,000 novas infecções por HIV entre indivíduos de todas as idades, uma redução de 50% em relação a 2017. A prevalência do HIV é quase duas vezes mais elevada nos homens que fazem sexo com homens do que noutros grupos da população.

12.2. Estado de CUS

O Zimbabué tem uma pontuação de 55 no índice de cobertura de serviços de CUS da OMS de 2021. Zimbabué aderiu à Parceria de CUS (CUS-P) em 2018, que apoia o reforço das capacidades dos recursos humanos para a saúde e o reforço dos sistemas de informação sobre saúde. O Zimbabué, tal como muitos outros países africanos, ainda está a lutar para adoptar políticas que apoiem um maior acesso às unidades sanitárias entre a PCV.



12.3. As Finanças

A despesa pública com a saúde é de 5,2% do orçamento nacional (contra a meta de Abuja de 15%), com uma despesa de 0,8% do PIB (contra a recomendação de 5% de Chatham House) e uma alocação de USD 11,00 per capita (contra a recomendação de USD 86,30 de HLTF da OMS). A contribuição do Estado para as despesas totais de saúde é de 22%, as despesas directas dos agregados familiares são de 10% (abaixo do limite superior de 20% recomendado pelo Banco Mundial), a contribuição dos parceiros de desenvolvimento é de 56%, as outras despesas privadas de saúde são de 4% e as despesas com seguros voluntários pré-pagos são de 7%. A proporção da despesa pública destinada à saúde está em conformidade com a meta de co-financiamento do Fundo Global, mas o rácio imposto/PIB do país não está.

O Zimbabué participou nas contribuições para o Sexto Reaprovisionamento do Fundo Global (2020-2022), tendo-se comprometido e contribuído com sucesso com USD 1 milhão. Além disso, o PEPFAR contribuiu com um total de USD 203,8 milhões para o orçamento de 2022-2023.

12.4. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Os ARV são cobertos pelo sistema nacional de saúde, mas o PrEP não. O Zimbabué adoptou uma política nacional para partilhar publicamente dados sobre o HIV numa base trimestral; no entanto, os dados não são desagregados por região geográfica, idade ou sexo. A autotestagem é aprovada pela política nacional, mas a lei não proíbe o teste obrigatório. A política nacional do Zimbabué permite a distribuição comunitária de TARV, a redução da frequência de visitas clínicas e a distribuição de vários meses, o que dá acesso a recargas de TARV para 6 meses. A política nacional exige que os adolescentes obtenham consentimento dos encarregados de educação para terem acesso ao teste e/ou tratamento do HIV.

O Zimbabué oferece serviços de prevenção e tratamento de HIV, da tuberculose e da malária nas unidades sanitárias públicas para todas a população, mas não visa categoricamente a PCV. O pacote de serviços da cobertura universal em saúde inclui testagem e rastreio de HIV, rastreio do cancro do colo do útero e da mama e tratamento e gestão das IST.

Em 2023, entre as pessoas que vivem com HIV, 95% conhecem o seu estado de HIV; 94% dos que conhecem o seu estado estão a receber TARV; e 89% dos que estão a receber TARV alcançaram a supressão da carga viral.

12.5. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

De acordo com o Plano Estratégico Nacional para o HIV, a PCV no Zimbabué é identificada como trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, pessoas portadoras de deficiência, pescadores, camionistas, mulheres jovens e adolescentes, jovens e pessoas transgénero. A maioria dos pacientes pode aceder aos CSP e aos serviços de HIV nas unidades sanitárias públicas sem ter de pagar taxas de utente. A legislação e a política nacionais tornam os serviços de cuidados de saúde e de HIV acessíveis a todos os migrantes nas mesmas condições que os cidadãos.

A lei não criminaliza a posse de seringas e de material associado à injeção de drogas, mas os serviços de redução de danos não estão incluídos na política nacional e nos pacotes de serviços para pessoas que injectam drogas. Nem os preservativos/lubrificantes nem os programas de acesso/troca de seringas estão disponíveis para os reclusos.

A lei nacional criminaliza actos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e há relatos de pessoas que foram processadas nos últimos anos. A lei também criminaliza trabalho de sexo e o uso ou posse de drogas para consumo pessoal. Zimbabué não criminaliza a exposição ou transmissão não intencional do HIV, mas há relatos de pessoas que foram presas ou processadas por exposição ou transmissão do HIV nos últimos anos. A lei protege pessoas contra a discriminação com base na orientação sexual e na identidade/diversidade de género, incluindo no emprego, mas não protege as pessoas contra a discriminação com base no seu estado de HIV, incluindo no emprego. Zimbabué dispõe de uma instituição nacional independente de direitos humanos, à qual podem ser comunicadas violações, que cumpre integralmente os princípios de Paris. A saúde está incluída como um direito na Constituição nacional.

A política nacional incentiva a retenção de raparigas no ensino secundário. O Zimbabué dispõe de legislação em matéria de violência doméstica com sanções aplicáveis. O país utiliza identificações únicas e dispõe de protecção legal da privacidade dos dados.



Em termos de serviços prestados à PCV, as instalações privadas ou geridas por ONG são mais amigáveis do que as governamentais. Ademais, os serviços prestados nas instalações de ONG são gratuitos e são prestados por pessoal de saúde bem formado, com pessoal adequado e bem pago. Em contrapartida, as unidades sanitárias públicas estão sobrecarregadas e não prestam serviços adequados devido à migração dos profissionais de saúde e à escassez de medicamentos, e os serviços prestados a PCV, em particular, são inferiores à média. As principais razões para as lacunas observadas nas unidades sanitárias públicas prendem-se com o facto de os profissionais de saúde não receberem formação em matéria de prestação de serviços adaptados à PCV e com acesso limitado aos serviços para a PCV devido ao estigma, discriminação e às pessoas que vivem nas zonas rurais.

12.6. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Não existe um mecanismo formal de engajamento de OSC com o Ministério da Saúde em questões relacionadas com a saúde ou CUS, embora tenha havido algumas tentativas por parte das OSC, mas estas não tiveram êxito devido à falta de financiamento. Por mais que o governo tenha mostrado interesse e uma boa abordagem para a implantação de CUS, existe uma lacuna de coordenação entre o governo e as OSC, para além das limitações de recursos.

A legislação/política nacional não prevê contratos sociais ou outros mecanismos através dos quais o governo financie as OSC para prestarem serviços de saúde e impõe barreiras legais ao livre funcionamento das ONG/OSC, incluindo as que trabalham com população-chave.

CONCLUSÃO

Zimbabué deu passos importantes em relação às metas 95-95-95 da ONUSIDA, com uma elevada percentagem de pessoas vivendo com HIV diagnosticadas e em TARV.

Apesar destes passos, ainda há espaço para melhorias, especialmente no que respeita a tornar os serviços acessíveis a todas as camadas da população. O acesso aos serviços de saúde para PCV no Zimbabué continua a ser limitado, com o governo a criminalizar o sexo entre pessoas do mesmo sexo, usuários de drogas, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo e prisioneiros. Observa-se que as unidades sanitárias privadas e as ONG oferecem serviços mais amigáveis e adequados do que as unidades sanitárias governamentais, que estão sobrecarregadas. A formação limitada em matéria de prestação de serviços amigáveis e questões relacionadas com o estigma são algumas das razões para as lacunas nos cuidados de saúde do governo para a população-chave.

A PCV e as OSC não estão formalmente engajadas em reuniões com o governo para melhorar a prestação de serviços de CUS. Esta população tem dificuldade em aceder aos serviços de saúde nos hospitais públicos devido a leis desfavoráveis. O fraco acesso aos serviços é também exacerbado pelo facto de existirem poucas unidades sanitárias públicas e equipadas de forma inadequada.

BF

BI

EG

KE

MA

MZ

NG

ZA

UG

ZW

13. Recomendações

13.1. Estado de CUS

Em todos os países, há um movimento notável em prol da CUS. No entanto, a prestação de serviços inclusivos e de qualidade à PCV continua a ser uma grande preocupação. Uma das principais recomendações dirigidas aos governos é a de dar prioridade às necessidades de saúde da PCV - e, por conseguinte, fornecer serviços essenciais e adequados a todos, de modo a garantir correctamente que ninguém é deixado para trás.

Tomar medidas para compreender profundamente o contexto local é crucial para implementar a CUS de forma efectiva e eficiente. Isto implica determinar e definir o pacote mínimo de serviços a oferecer à PCV, compreender como gerar e satisfazer a procura, assegurar a participação activa da comunidade e integrar preocupações de saúde emergentes, como doenças não-transmissíveis. Posteriormente, abordar a forma como será acessível a todos, como aplicar a monitoria liderada pela comunidade e, por último, garantir a melhoria contínua com base na documentação das experiências, especialmente da PCV. Tudo isto ajudará a estabelecer uma cobertura de saúde sustentável e fortalecida.

13.2. As Finanças

A nível regional, a melhoria do financiamento é uma área crucial para garantir CUS. Para tal, são necessários compromissos e acções de sensibilização para a Declaração de Abuja. Embora a África do Sul tenha atingido a meta de 15%, são necessárias mais acções para financiar os serviços de CUS e aliviar os encargos financeiros dos pacientes. Para o conseguir, o seguro de saúde deve tornar-se universalmente acessível, abrangendo todos os segmentos da população através de pagamentos parciais pelo governo.



Photo: Cynthia R Matonhodze

Mesmo em países como a África do Sul, onde o objectivo de Abuja foi cumprido, a maioria da população continua a não ter seguro médico. Ademais, em países com fontes de financiamento fragmentadas, como o Burundi, criam-se lacunas nos subsídios e na cobertura dos cuidados de saúde, o que faz com que os pacientes tenham de suportar custos directos. É necessária vontade política por parte dos governos para dar prioridade e investir no financiamento dos serviços de saúde universal. Isto inclui o reforço dos programas de NHI, como o Régime d'Assurance Maladie Universelle [Regime de Seguro de Doença Universal] no Burquina Fasso. Mais ainda, é necessária clareza sobre a forma como os programas de financiamento serão financiados e passos claros para os alcançar.

Enquanto a CUS deve ser politicamente defendida, não deve ser explorada para ganhos políticos ou campanhas presidenciais. É necessário fazer uma distinção clara entre a CUS e entidades como o NHIF no Quénia, que é simplesmente um meio de alcançar a CUS. Em última análise, a CUS é uma responsabilidade colectiva que pertence às pessoas e é financiada por elas.

13.3. O HIV/SIDA no âmbito de CUS

Foram feitos progressos notáveis na luta contra o HIV/SIDA em certos países. Por exemplo, o Quénia e o Zimbabué estão perto de atingir as metas 95-95-95 da ONUSIDA. Do mesmo modo, países como a África do Sul e o Uganda mostram-se promissores no cumprimento das metas da ONUSIDA.

Por outro lado, vários países enfrentam maiores desafios no combate ao HIV/SIDA. Por exemplo, Marrocos ainda está longe de atingir as metas 95-95-95 e, no Egipto, embora a CUS esteja nas suas fases preliminares, ainda não houve uma implementação nacional dos serviços de tratamento do HIV. Em todos os 10 países, a PCV continua a enfrentar desvantagens significativas no acesso aos serviços de HIV. Mesmo nos países onde se registaram progressos na oferta de cuidados de saúde para o HIV/SIDA, persistem barreiras sociais, estruturais e jurídicas. A Nigéria, por exemplo, está perto do controlo da epidemia, mas precisa de melhorar a detecção de casos em dados demográficos e locais específicos. No Burquina Fasso, a estigmatização social e a criminalização da PCV atrasaram os progressos no sentido de atingir a meta de 95-95-95.

Por outro lado, continuam a existir obstáculos à adopção de políticas de testagem e prevenção do HIV, incluindo restrições de idade para testagem e tratamento, falta de educação sexual abrangente e medidas de prevenção inadequadas para os prisioneiros. Particularmente no que diz respeito ao Zimbabué, a prevalência do HIV entre homens que fazem sexo com homens é significativamente mais elevada do que a do resto da população. No entanto, este grupo luta sistematicamente para ter acesso a serviços e testagem de HIV.

Embora existam alguns exemplos de políticas favoráveis, como o Pacto da Cimeira Presidencial da Saúde na África do Sul, a legislação no Burquina Fasso que apoia o tratamento de HIV e a alocação de recursos do Burundi para acabar com o HIV/SIDA, estes esforços devem ser reforçados por políticas mais abrangentes que visem estender a CUS a todos. Para além das políticas acima mencionadas, é necessário implementar o diagnóstico da TB em conformidade com as recomendações da OMS, particularmente no Burundi e no Burquina Fasso. Alguns governos têm de dar prioridade a uma maior inclusão de grupos marginalizados e a esforços liderados pela comunidade para melhorar a sua resposta ao HIV/SIDA, por exemplo, no Quénia e no Burundi.

13.4. Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável

Para garantir que os serviços de CUS estejam disponíveis para a PCV, os países precisam de identificar e ultrapassar vários obstáculos. O primeiro passo crucial é revogar a legislação que criminaliza e estigmatiza a PCV. Exemplos de tais barreiras legais incluem a criminalização de homossexualidade, uso de drogas e trabalho de sexo em países como Quénia, Moçambique, Egipto, Nigéria, Zimbabué, Marrocos e Uganda.

A Lei Anti-Homossexualidade do Uganda de 2023, discrimina as pessoas com deficiência, contrariamente à Constituição do país, ao agravar o crime de homossexualidade se a "vítima" tiver uma deficiência, negando assim às pessoas com deficiência a capacidade de consentir em ter relações sexuais. Qualquer pessoa que defenda os direitos de pessoas LGBT, incluindo representantes de organizações de direitos humanos ou aqueles que prestam apoio financeiro a organizações que o fazem, podem enfrentar uma pena de prisão até 20 anos por "promoção da homossexualidade". Existe a possibilidade de a lei inverter os progressos alcançados até à data na luta contra o HIV/SIDA.

Não obstante as leis punitivas, a falta de políticas de apoio também dificulta o progresso rumo à CUS. Por exemplo, Egito está actualmente a trabalhar no lançamento de uma iniciativa de OSC com organizações lideradas por pessoas que vivem com HIV e PCV, mas sem legislação de apoio esta plataforma de saúde não pode avançar. Em todos os países, há uma falta de políticas necessárias de CUS, tais como a testagem obrigatória, prevenção do HIV nos prisioneiros e não criminalização do sexo entre pessoas do mesmo sexo, do trabalho de sexo e de uso de drogas.

As barreiras aos serviços essenciais não são apenas legais, mas também estruturais, como as barreiras ao acesso às unidades sanitárias públicas nas zonas rurais; ou sociais, como em vários países onde a PCV se sente insegura no acesso aos serviços de saúde devido à estigmatização e discriminação por parte dos provedores de saúde. A estigmatização é, em parte, o resultado de lacunas no conhecimento e na sensibilização. A capacitação, dos profissionais de saúde, a formação e campanhas públicas podem ajudar a educar e reduzir o défice de sensibilização. De facto, nos países onde a população é hostil ou ignora as necessidades da PCV, essas campanhas são imperativas para mudar a narrativa sobre as necessidades de cuidados de saúde dos mais vulneráveis. Na Nigéria, por exemplo, as campanhas teriam de abordar a ideia prevalecte e prejudicial de que “o HIV já não existe, logo não há necessidade de protecção”.

13.5. Mecanismos de engajamento das OSC e das comunidades

Para além de responder às necessidades da PCV, é necessário reforçar o engajamento das OSC em todas as fases da implementação da CUS. Deve ser adoptada uma abordagem multisectorial e multilateral da monitoria para permitir que os intervenientes não estatais responsabilizem os governos pela aplicação de políticas e avaliem a qualidade dos serviços de saúde pública universais acessíveis às comunidades e à PCV. Vários países apresentam um envolvimento fragmentado das OSC, não dispondo de um mecanismo formal que consolide o papel das comunidades; este é particularmente um problema no Burquina Fasso, na Nigéria e em Moçambique, onde existe um envolvimento ad hoc das OSC na mobilização de recursos, na elaboração de propostas e na capacitação, mas que ignora as organizações que representam a PCV.

Há evidências de um engajamento formal positivo entre as OSC e o governo, que pode servir de referência para outros países da região. De forma significativa, a Constituição de Marrocos concedeu às OSC uma influência directa na promulgação, implementação e avaliação das decisões e iniciativas do governo. Este tipo de colaboração positiva só é possível graças a um quadro jurídico melhorado para a sociedade civil e a participação pública na saúde. De facto, no Burundi, os conselhos nacionais de saúde podem reunir organizações multisectoriais, mas sem leis, políticas ou regulamentos que dêem orientações para que as OSC sejam financiadas ou apoiadas.

O engajamento frequente das OSC e de outros intervenientes pode acelerar a implantação e a implementação de CUS, como se viu em Marrocos e, em certa medida, no Egito e em Moçambique. Mas, como consistentemente sublinhado em todas as nações, para que as OSC e comunidades participem activamente, devem ser representadas e capacitadas através de um papel de tomada de decisão no processo como um todo - concepção, implementação, M&A e relatórios. Isto pode ser feito através de um grupo técnico de trabalho nacional sobre a CUS, em que as OSC estejam representadas no comité de direcção. Uma alternativa é um observatório liderado pela comunidade, uma vez que é importante ter acesso aberto a dados públicos sobre áreas-chave. Em qualquer caso, os prazos baseados nos progressos, o financiamento adequado e as plataformas formalizadas devem ser um requisito. As OSC e as comunidades devem beneficiar de apoio jurídico e financeiro para ajudá-las a participar em todas as fases da CUS, mantendo a sua independência.

FONTES

O quadro abaixo apresenta informações sobre as fontes de dados e outras informações contidas em cada perfil do país.

Contextualização		
Dados económicos	Banco Mundial	www.worldbank.org/en/where-we-work
Situação da CUS		
Índice de cobertura de serviços de CUS da OMS	Índice de cobertura de serviços de CUS da OMS	data.who.int/indicators/i/9A706FD A pontuação é a média geométrica de 14 indicadores de rastreio que medem a cobertura de quatro áreas de serviços de saúde essenciais: 1. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil 2. Doenças infecciosas 3. Doenças não-transmissíveis 4. Capacidade e acesso aos serviços.
Financiamento interno no sector da saúde	Quadro de Pontuação de África de 2023 sobre o Financiamento Interno no Sector da Saúde	score-card.africa/ O Banco Mundial caracteriza as despesas directas com a saúde superiores a 10% do rendimento familiar como catastróficas: https://blogs.worldbank.org/opendata/catastrophic-expenditure-health-antiquity-today
Contribuições do Fundo Global	Perfis dos países do Fundo Global	www.theglobalfund.org/en/government/profiles/
Contribuição do PEPFAR	Planos Operacionais do PEPFAR por País	www.state.gov/where-we-work-pepfar/
Objectivos de co-financiamento do Fundo Global	Laboratório de Políticas sobre o HIV; Nota Directiva do Fundo Global sobre Sustentabilidade, Transição e Co-financiamento	www.hivpolicylab.org/ www.theglobalfund.org/media/5648/core_sustainabilityandtransition_guidancenote_en.pdf Uma parte de alocação do Fundo Global de um país depende do cumprimento das metas de co-financiamento: o país recebe essa parte se cumprir com as metas, que são um nível especificado de financiamento interno no sector da saúde e um rácio de impostos em relação ao PIB.
O HIV/SIDA no âmbito de CUS		
Progresso rumo ao 95-95-95	Informação da OMS sobre o HIV no país	cfs.hivci.org/index.html
Acesso aos serviços para a população-chave e vulnerável		
Estatuto jurídico da população-chave		
Estatuto jurídico da exposição/transmissão do HIV		
Protecção contra a discriminação		
Instituição nacional de direitos humanos	Laboratório de Políticas do HIV	www.hivpolicylab.org/
Retenção no ensino secundário		
Contratação social e livre funcionamento de ONG/OSC		
Legislação sobre violência doméstica		
Identificação única		

NOTAS FINAIS

- 1 [Declaração Política da Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal em Saúde](#). Nações Unidas, 2019.
- 2 A ONUSIDA considera os homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadores ou trabalhadoras de sexo, pessoas transexuais, pessoas que injectam drogas e reclusos e outras pessoas encarceradas como os cinco principais grupos da população-chave que são particularmente vulneráveis ao HIV e que frequentemente não têm acesso adequado aos serviços.
- 3 [Cobertura Universal em Saúde \(UHC\): Factos-chave](#). Organização Mundial de Saúde, 2023.
- 4 [O Estado da Cobertura Universal em Saúde em África: Relatório da Comissão de Conferência Internacional da Agenda sobre Saúde de África](#). Conferência Internacional sobre a Agenda de Saúde em África, 2021.
- 5 [Estatística Global sobre o HIV e SIDA: Boletim Informativo ONUSIDA, 2023](#).
- 6 [Love Alliance](#). Aidsfonds.
- 7 [Declaração de Abuja sobre o HIV/SIDA, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Relacionadas](#). OAU/SPS/ABUJA/3. Abuja, 2001.
- 8 [Cartão de Pontuação de África sobre o Financiamento Interno na Saúde](#). União Africana, Fundo Global
- 9 [Responsabilidades Partilhadas para a Saúde: Um Quadro Global Coerente para o Financiamento no sector da Saúde. Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre Financiamento do sector da Saúde do Centro para a Segurança Global da Saúde](#). Londres: Chatham House, 2014.
- 10 Mcintyre D, Meheus F, Røttingen J-A. Que nível de despesa pública interna com a saúde devemos aspirar para obter uma cobertura universal em saúde? Economia, política e direito de saúde. 2017;12(2):125-137. doi:10.1017/S1744133116000414
- 11 Makoni M. Crise no Burkina Faso afecta os cuidados de saúde. Lancet. 2022; 399(10325): 616. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00267-7.
- 12 [Índice de Cobertura de Serviços de CUS](#). Organização Mundial de Saúde. A pontuação é a média geométrica de 14 indicadores de rastreio que medem a cobertura de quatro áreas essenciais de serviços de saúde: 1. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil 2. Doenças infecciosas 3. Doenças não-transmissíveis 4. Capacidade e acesso aos serviços.
- 13 [Loi O60-2015/CNT portant Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso](#). Governo do Burkina Faso, 2015.
- 14 Offosse N, Marie-Jeanne. [Devolution of the Health Sector to Communes: A Misfit in the National Health System Governance Framework and Management Shortfalls in Burkina Faso](#). Ouagadougou: ThinkWell, 2022.
- 15 Requête de Monsieur le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale au Coordinateur de P4H datant du 26 mars 2012.
- 16 Marcel Toussiida Kagambega. [Obstáculos à eficácia do seguro de saúde universal no Burkina Faso](#)," Sociologias. 2020. doi:10.4000/sociologias.13422
- 17 Mark G Shrimme. [Despesas catastróficas no sector da saúde: da antiguidade aos nossos dias](#):. Banco Mundial, 2021.
- 18 Uma parte da dotação do Fundo Global de um país depende do cumprimento dos seus objectivos de co-financiamento: o país recebe essa parte se cumprir os objectivos, que são um nível especificado de financiamento interno da saúde e um rácio imposto/PIB.
- 19 [Princípios relativos ao estatuto das instituições nacionais \(Princípios de Paris\)](#). Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas 48/134 (1993).
- 20 [Parceria para a Cobertura Universal em Saúde: Burundi](#).
- 21 Sistema de Saúde do Egipto - Seguro Internacional 2023.
- 22 UNICEF Egipto 2021.
- 23 Avaliação de políticas de Laboratórios de HIV no Egipto 2022.
- 24 Chi Y-L, Regan L. [A Jornada para a Cobertura Universal em Saúde: Como o Quênia Geriu a Inclusão de Programas de Doenças no seu Pacote de Benefícios de Saúde 2021](#). Centro para o Desenvolvimento Global 2021..
- 25 Chi Y-L, Regan L. [The Journey to Universal Health Coverage; How Kenya Managed the Inclusion of Disease Programmes in its Health Benefits Package 2021](#). Center for Global Development, 2021.
- 26 [Plano Estratégico do Sector da Saúde do Quênia: Transformando os Sistemas de Saúde: Alcançar a Cobertura Universal em Saúde até 2022](#). Governo do Quênia.
- 27 Chi Y-L, Regan L. [A Jornada para a Cobertura Universal em Saúde: Como o Quênia Geriu a Inclusão de Programas de Doenças no seu Pacote de Benefícios de Saúde 2021](#). Centro para o Desenvolvimento Global, 2021.
- 28 [Política de Cobertura Universal em Saúde no Quênia 2020-2030](#). Ministério da Saúde do Quênia, 2020.
- 29 Dados Demográficos de Marrocos - estatística e factos, Statista, 2022.
- 30 [Cobertura Universal em Saúde \(CUS\)](#). Organização Mundial de Saúde, 2023.
- 31 [Cobertura Universal em Saúde em Marrocos: O Caminho para Reduzir as Desigualdades: Um estudo transversal](#); A Revista Aberta sobre Saúde Pública, 2022.
- 32 [Cobertura Universal em Saúde para Saúde Sexual e Reprodutiva em Marrocos: Resumo de Evidências](#), Organização Mundial de Saúde, 2022.
- 33 [Prevenção do HIV 2020: Uma parceria global para a implementação](#). ONUSIDA, 2017.
- 34 [Constituição de Marrocos](#). 2011.
- 35 [Plano estratégico nacional de Moçambique \(2022–2026\)](#). Conselho de Administração, Programa Mundial de Alimentação, 2022.
- 36 [Saúde e Direitos Humanos: Boletim Informativo do País](#); OMS.
- 37 [Macrotendências](#). 2023.
- 38 [Percentagem da população mundial que vive abaixo da linha de pobreza extrema na Nigéria de 2016 a 2023](#). Statistica, 2022.
- 39 [A nova Lei do Seguro Nacional de Saúde da Nigéria: Como é que vai Assegurar os pobres e garantir a cobertura universal em saúde](#). Population Medicine, 2022.
- 40 [PEPFAR:20 Anos de Impacto](#). Embaixada e consulado dos EUA na Nigéria; 2023.
- 41 [Dados da ONUSIDA de 2022](#). Não estão disponíveis dados para 2023.
- 42 [Cinco Perguntas sobre a Resposta ao HIV na Nigéria](#). ONUSIDA, 2021.
- 43 [Resumo sobre Pobreza e Equidade: África Subsariana](#). South Africa. World Health Organization, 2020.
- 44 [Portal de Notícias e Recursos Online sobre a COVID-19](#). South Africa Department of Health, December 2022.
- 45 [Avaliação do Laboratório de Políticas do HIV: Quênia](#). 2022.
- 46 [Compreender o Sistema de Saúde da África do Sul](#). International Citizens Insurance.
- 47 [Crescimento do PIB de Uganda 2023/24](#); Reuters, 2023
- 48 [Dossier de Pobreza e Equidade de Uganda](#); Banco Mundial, 2023.
- 49 [GDP Per Capita](#); Worldometer
- 50 Aloyo J et al. Cobertura nacional de seguro de saúde e aceitação da vacina contra a COVID-19 em Uganda. Implicações para a concretização da Cobertura Universal em Saúde e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável de Uganda. 2022. Medrxiv. doi:10.1101/2022.08.09.22278595
- 51 [Uganda: A lei anti-homossexualidade tem consequências graves](#). Observatório dos Direitos Humanos, 2014.
- 52 Uganda: Fim do assédio policial às pessoas LGBT. Observatório dos Direitos Humanos, 2019.
- 53 [Residentes em Abrigos LGBT do Uganda Detidos sob o pretexto de COVID-19](#). Observatório dos Direitos Humanos, 2020.
- 54 [Progressos e retrocessos em matéria de direitos LGBT em África - Uma Visão Geral do Ano Passado](#). Human Rights Watch, 2022.
- 55 [Presidente do Uganda Assina Lei Anti-LGBT Repressiva](#). Observatório dos Direitos Humanos, 2023.

Join the movement!



Funded by and in strategic partnership with:

Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands