

Avaliação Sumativa da Iniciativa de Expansão do Acesso Rápido da OMS, Organização Mundial de Saúde

Volume 3: Resumo dos Países (Moçambique)

Avaliação corporativa
encomendada pelo
Gabinete de Avaliação da
OMS

Maio de 2018



Global Affairs Affaires mondiales
Canada Canada



**World Health
Organization**

Esta avaliação independente foi financiada pelo Global Affairs Canada como parte de sua subvenção à OMS para implementar o Programa de Expansão do Acesso Rápido 2011/2012-2017/2018 e foi apoiada por um Grupo de Gestão de Avaliação composto por representantes do Global Affairs Canada, UNICEF e o Gabinete de Avaliação da OMS.

Grupo de Gestão de Avaliação

Elil Renganathan, Chair Gabinete de Avaliação da OMS, Presidente
Beth Ann Plowman, Gabinete de Avaliação do UNICEF
Pierre J. Tremblay, Global Affairs Canada, Gabinete de Avaliação e Resultados
Anne-Claire Luzot, Gabinete de Avaliação da OMS, Supervisão Técnica
Anand Sivasanakara Kurup, Gabinete de Avaliação da OMS, Gerente da Avaliação

Grupo de Referência da Avaliação

Fred Binka, Universidade de Saúde e Ciências, Gana
Camille Bouillon Bégin, Global Affairs Canada, Departamento de Saúde e Nutrição
Kimberly Connolly, USAID, Washington DC
Ernest Darkoh, BroadReach Health Care, África do Sul
Margaret Gyapong, Universidade de Saúde e Ciências, Gana
Chinwoke Isiguzo, Society for Family Health, Estado de Abia, Nigéria
Gomezgani Jenda, Save the Children, Malawi
Elizabeth Juma, Kenya Instituto de Pesquisa Médica do Quênia, Quênia
Grace Nganga, World Vision, Niger
Pascal Ngoy, Comitê Internacional de Resgate, República Democrática do Congo
Olusola Oresanya, Malaria Consortium, Estado do Níger, Nigéria
Stefan Peterson, UNICEF, Nova Iorque
Salim Sadruddin, Programa Global de Malária, OMS, Genebra
Marla Smith, Save the Children e Malaria Consortium, Moçambique
Mark Young, UNICEF, Nova Iorque



Right to Health and Development

Equipe de Avaliação: Josef Decosas (Líder da Equipa), Alice Behrendt, Marieke Devillé, Ingeborg Jille-Traas, Leo Devillé (controlo de qualidade)

Equipe de avaliação, especialistas dos países: Abdon Mukalay (República Democrática do Congo), John Phuka (Malawi), Sandra Manuel (Moçambique), Mahamane Karki (Níger) e Vivian Shaahu (Nigéria)

Laarstraat 43
B-2840 Reet
Bélgica
Tel: +32 2 844 59 30
Website: www.hera.eu
Email: hera@hera.eu

A análise e as recomendações deste relatório são as da equipe de avaliação independente e não reflectem necessariamente as opiniões da Organização Mundial de Saúde. Esta é uma publicação independente do Gabinete de Avaliação da OMS.

Quaisquer dúvidas sobre esta avaliação devem ser endereçadas para:
Gabinete de Avaliação, Organização Mundial de Saúde
Email: evaluation@who.int

Moçambique

CONTEXTO

1. Desde 2016, Moçambique enfrenta uma crise económica agravada pelas consequências da descoberta de dívidas ocultas. Apesar de o primeiro trimestre de 2017 ter mostrado um aumento do crescimento económico, as condições económicas continuam a ser problemáticas e tiveram um impacto negativo sobre a capacidade económica das pessoas, uma vez que a moeda local desvalorizou quase 50 por cento e, subsequentemente, os preços dos alimentos aumentaram 40 por cento. O Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD de 2016 classificou Moçambique na metade inferior dos países com baixo nível de desenvolvimento humano (posição 181 de 188). [20]
2. O sistema de saúde pública em Moçambique está organizado em quatro níveis: o primeiro nível implementa a estratégia de Cuidados Primários de Saúde, enquanto o segundo nível serve condições clínicas como complicações obstétricas e emergências cirúrgicas. Os níveis três e quatro fornecem serviços especializados e funcionam como serviço de referência para os níveis inferiores. Estes serviços nacionais são complementados por instituições do sector privado, organizações sem fins lucrativos e por serviços baseados na comunidade, envolvendo parteiras tradicionais e agentes comunitários de saúde. Os principais desafios que afectam o sector da saúde são o financiamento sustentável, a escassez de profissionais de saúde qualificados e de medicamentos essenciais e a cobertura geográfica dos serviços de saúde.
3. Os dados mais recentes do IDS (2011) documentam o progresso na redução da mortalidade infantil, com uma redução da taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U5MR) de 158 para 97 mortes por 1.000 nascidos vivos, entre os períodos de 1996-2001 e 2006-2011. [8] No entanto, este progresso não foi uniforme em todo o país e continua a existir um grande número de crianças em risco, particularmente aquelas que vivem em áreas rurais. De acordo com estimativas do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), as infecções do trato respiratório inferior, a malária e a diarreia foram responsáveis por 32 por cento das mortes entre crianças menores de cinco anos em 2016.¹
4. As áreas do programa RAcE foram seleccionadas em colaboração com o Ministério da Saúde (MISAU) com base no apoio disponibilizado por parceiros do consórcio e nas necessidades expressas pelo programa nacional dos APE. Os principais indicadores de equidade e saúde de 2011 e 2012 demonstram que Nampula e Zambézia eram as províncias com os mais baixos indicadores sociais, económicos e de serviços de saúde, com valores muito abaixo da média nacional. Estas são também as províncias com maior densidade populacional, representando, no conjunto, aproximadamente 40 por cento da população nacional. Manica e Inhambane, por outro lado, ficaram consistentemente acima da média nacional, com excepção da proporção de médicos formados (e proporção de camas hospitalares, em Manica). Em relação aos principais indicadores de saúde infantil, a província de Nampula tem resultados que estão consistentemente acima da média nacional, incluindo o nível da U5MR (que está mais baixo do que a média nacional). A Zambézia, no entanto, teve resultados muito abaixo da média nacional e tem a maior U5MR do país. Manica e Inhambane mantiveram-se perto da média nacional, à excepção dos indicadores de crianças com menos de cinco anos que dormem sob redes de cama tratadas com insecticida, em Inhambane, e do tratamento de reidratação oral, em Manica. Inhambane teve a menor U5MR do país. Estes indicadores representam grandes diferenças sociais e económicas e reflectem diferentes níveis de investimento no sistema de saúde e na prestação de serviços. [8,9]

¹ IHME. Comparação GBD <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Consultado a 28/02/2018

5. Em 2015, um inquérito de base populacional focado no HIV, malária e alguns indicadores de saúde materna e infantil (IMASIDA) reportou que quase todos os indicadores de saúde infantil em Nampula tinham piorado em comparação com o IDS de 2011, excepto no tratamento da malária em crianças menores de cinco anos, que aumentou de 35 para 37 por cento. Na Zambézia, por outro lado, a maioria dos indicadores melhorou, excepto a procura de cuidados para a diarreia, que diminuiu significativamente de 52 para 43 por cento e o tratamento da malária para crianças menores de cinco anos, que diminuiu de 35 para 32 por cento. Em Manica, todos os indicadores melhoraram, excepto o tratamento da malária, que diminuiu de 40 para 33 por cento. Inhambane observou uma melhoria em todos os indicadores, com excepção do tratamento da diarreia com SRO, que pode ser explicado pelo aumento do uso de zinco. Houve um aumento significativo do uso de zinco para o tratamento da diarreia em todas as províncias. [11]

Determinados indicadores sociais e de serviços de saúde para as 4 províncias apoiadas pelo programa RAcE em Moçambique

	Nampula	Zambézia	Manica	Inhambane	Nacional
População nos 2 quintis nacionais de riqueza mais baixos (%)	52	70	18	17	--
Nível de alfabetização feminina (%)	28	25	49	52	40
U5MR (por 1,000 nascidos vivos)	67	142	114	58	97
Procura de conselho ou tratamento para crianças menores de 5 com diarreia	74	52	49	59	56
Tratamento SRO para crianças menores de cinco anos com diarreia (%)	63	39	74	57	62
Procura de cuidados para menores de cinco anos com febre (%)	84 (63)	46 (57)	53 (67)	59 (79)	56 (63)
Tratamento com anti maláricos para crianças menores de cinco anos com febre (%)	33 (51)	11 (32)	16 (33)	15 (30)	15 (36)
Procura de conselho ou tratamento para crianças menores de cinco anos com infecções respiratórias agudas (%)	--	--	--	--	50

Fonte: IDS 2011 [8]; os dados entre parênteses são do IMASIDA 2015 [11]

6. Os Agentes Comunitários de Saúde, conhecidos como Agentes Polivalentes Elementares (APE), foram usados pela primeira vez em 1978 para promover a saúde em geral e prevenir doenças, fornecer primeiros socorros e tratar doenças comuns como a malária e a diarreia, durante a guerra civil. O programa foi sendo gradualmente abandonado no início dos anos 90, após a assinatura do acordo de paz, embora alguns APE tenham continuado a trabalhar com o apoio de organizações não-governamentais. [1] Em 2006, a política nacional de saúde neonatal e infantil propôs a Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) através de brigadas móveis, realização de “dias mensais de saúde” nas aldeias e tratamento de doenças comuns ao nível da comunidade. [2] Em 2010, o programa APE foi relançado com o objectivo de aumentar o acesso da comunidade aos cuidados de saúde em 20 por cento. As directrizes estabelecem o seguinte: [3,4]

- **Perfil:** Os APE são seleccionados pela comunidade com o apoio dos profissionais do centro de saúde; é dada prioridade às APE femininas; os APE devem ter mais de 18 anos e ter habilitações literárias mínimas e noções básicas de aritmética.
- **Papel:** os APE servem como um elo entre a comunidade e o centro de saúde (CS). Servem entre 500-2.000 pessoas, principalmente através de actividades de promoção e prevenção de saúde (80%) e serviços curativos (20%), incluindo o manejo integrado de casos na comunidade (iCCM) de malária, pneumonia e diarreia para crianças entre dos 2 aos 59 meses. Os APE também podem tratar outras doenças (conjuntivite e sarna) e fornecer tratamento para a malária e a diarreia aos maiores de cinco anos.

- **Formação:** o currículo de formação é actualizado com base no protocolo padrão da OMS para o iCCM e dividido em 4 blocos para cobrir responsabilidades gerais, promoção e prevenção de saúde, primeiros socorros e iCCM. A formação dura 18 semanas e inclui teoria e prática.
- **Implementação:** os APE voltam às suas próprias comunidades, que são seleccionadas com base na sua localização, entre 8 e 25 quilómetros do centro de saúde mais próximo. Os APE recebem um kit de trabalho, um kit de medicamentos e uma bolsa mensal de 1.200,00 MZN (40 USD em 2010, 20 USD em 2017). A supervisão mensal é levada a cabo por um profissional de saúde no centro de saúde e na comunidade, e o comité de saúde da comunidade (CSC) ou líder da comunidade monitoriza e apoia as actividades diárias do APE.

7. A nível central, no Ministério da Saúde (MISAU), o programa APE era gerido pelo Departamento de Promoção da Saúde, inserido no Departamento de Saúde Pública. Em 2015, o programa tornou-se um programa de âmbito nacional tal como os que existem para a malária, imunização, HIV e tuberculose. A nível provincial e distrital, o programa APE é coordenado pelo Departamento de Promoção da Saúde. Em 2010, o revitalizado programa APE foi testado em oito distritos através da formação e implementação de 179 APE pela UNICEF, a Save the Children (SC) e o Malária Consórcio (MC) que receberam financiamento do Governo do Canadá (GAC) através de contractos separados. Em 2012, o programa foi expandido para 10 províncias e, no final de 2012, foram formados 1.213 APE que operavam em 51 distritos.

8. O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019 (PESS) sublinha a importância dos agentes comunitários de saúde. Os APE estão incluídos em vários programas de saúde, abrangendo a saúde sexual e reprodutiva (distribuição e promoção do planeamento familiar), saúde materna (promoção de cuidados pré-natais e pós-natais), saúde infantil (acompanhamento da vacinação), malária e tratamento da malária, expansão dos cuidados de saúde primários (promoção, prestação de primeiros socorros, tratamento de diarreia e pneumonia) e identificação de doenças tropicais negligenciadas. Os principais desafios a serem abordados incluem a distribuição equitativa, a qualidade dos serviços, a sustentabilidade e a integração na força de trabalho do governo. [5] Desde 2010, o governo manifestou a intenção de pagar os subsídios dos APE, mas até Janeiro de 2018 os subsídios continuam a ser pagas com fundos de parceiros internacionais.

9. A governação e administração do sistema de saúde são descentralizadas para as províncias, mas os gastos domésticos com a saúde são em grande medida controlados pelo governo central. Em 2015, a despesa corrente em saúde (CHE, na sigla inglesa) representou 5,3% do produto interno bruto. A CHE per capita diminuiu de 34 USD em 2014 para 28 USD em 2015, e o gasto doméstico geral em saúde como percentagem da CHE diminuiu de 34 para 8 por cento entre 2014 e 2015. Por outro lado, a proporção da CHE financiada por fontes externas, aumentou de 59 para 85 por cento. As despesas directas das famílias permanecem baixas, aproximadamente 6,8%. [10]

O PROGRAMA RACE EM MOÇAMBIQUE

Principal objectivo	Aumentar o uso de serviços de iCCM de alta qualidade a nível comunitário nas áreas seleccionadas
Agências contratadas	Save the Children (SC) e Malária Consórcio (MC)
Parceiro do Governo	Ministério da Saúde em particular o Departamento dos APE
Período de Contrato	1/04/2013 – 31/03/2017
Orçamento	3 tranches no valor total de 8,136,402 USD
Cobertura geográfica	52 distritos de 4 províncias (Inhambane, Nampula, Manica, Zambézia)
Cobertura populacional	13.6 milhões (2.6 milhões de crianças menores de 5 anos)
Objectivo iCCM	4.2 milhões (719,444 crianças menores de 5 anos)

10. Em 2012, a SC e o MC apresentaram à OMS uma proposta conjunta de implementação do programa RAcE em quatro províncias (Nampula, Inhambane, Manica e Zambézia). A OMS assinou três acordos e uma emenda com a SC para o período entre Abril de 2013 e Março de 2017 e atribuiu uma verba total de 8,1 milhões USD. [6] Os parceiros da RAcE propuseram fornecer apoio técnico e supervisão a todos os APE nas quatro províncias e, mais especificamente, apoiar o aumento de 10 para 20 distritos em Nampula (com o apoio financeiro do Banco Mundial para formação e subsídios), continuar a apoiar 13 distritos em Inhambane (com o apoio financeiro do UNICEF para subsídios), expandir o programa aos seis distritos restantes na Zambézia (os outros distritos são apoiados pela World Vision com fundos da USAID e da SC, com financiamento da Crown Foundation) e apoiar a expansão na província de Manica com o apoio do UNICEF para formação e subsídios).

11. A SC foi o principal parceiro do consórcio responsável pela implementação em Nampula, Manica e Zambézia, e o MC implementou o programa RAcE em Inhambane. O objectivo era aumentar o acesso ao iCCM, melhorar a qualidade do iCCM, fortalecer os vínculos entre o iCCM e estas comunidades e fortalecer o sistema nacional para apoiar, sustentar e expandir o iCCM. Os parceiros da RAcE realizaram três estudos operacionais sobre a carga de trabalho dos APE, os modelos de apoio a supervisão e a qualidade dos cuidados, e também apoiaram a implementação de um novo pacote de serviços.

MISSÃO DE AVALIAÇÃO NO PAÍS

12. O resumo do programa RAcE em Moçambique foi preparado no âmbito do quadro de avaliação sumativa global da iniciativa RAcE. A abordagem e metodologia utilizadas em cada uma das missões nacionais foram padronizadas e estão descritas no Volume 1 do relatório de síntese. As questões de avaliação foram adaptadas para se adequarem ao contexto do programa RAcE em Moçambique. Foi estabelecido um plano de trabalho inicial, incluindo uma lista preliminar de informantes-chave a nível nacional, bem como uma amostra de províncias e distritos a serem visitados. Nampula e Inhambane foram amostrados para as visitas ao terreno. Foram seleccionados dois distritos com características distintas em cada uma das províncias. (a estratégia de amostragem é apresentada no Anexo)

13. A visita ao terreno teve lugar na segunda metade de Janeiro de 2018, um ano após o final da implementação do programa RAcE em Moçambique. Como os parceiros de implementação do programa RAcE já não trabalhavam com APE nas províncias seleccionadas, o programa e a logística foram facilitados pelo programa nacional dos APE. No início da missão, o esboço do quadro de Teoria de Mudança (ToC) foi apresentado a um grupo de 7 informantes-chave que representaram implementadores (representantes da SC e do MC), a OMS e o MISAU (Director do Programa dos APE, Responsável de M&A, Director do departamento de Saúde Materna e Infantil). Todos os dados e resultados pretendidos foram revistos e o quadro foi corrigido e actualizado em conjunto. Foram conduzidas 22 entrevistas com informantes-chave no total (6 com funcionários das agências implementadoras incluindo a OMS, 3 com outros parceiros de desenvolvimento e 13 com funcionários do MISAU), e complementadas com oito discussões de grupo (4 com APE e 4 com pais de crianças menores de cinco anos). A maioria das entrevistas planeadas foi realizada, embora alguns dos intervenientes identificados estiveram ausentes ou demasiado ocupados. Foram realizadas duas entrevistas adicionais por telefone após a missão. A visita ao terreno no distrito de Mossuril, em Nampula, foi cancelada devido a uma forte tempestade.

14. O momento de realização da avaliação, um ano após o final do programa, teve impacto na avaliação. Por um lado, foi uma limitação porque várias pessoas responsáveis pela implementação do programa RAcE já não estavam a trabalhar nas agências implementadoras tendo sido, por isso, mais difíceis de alcançar. Além disso, nas discussões do grupo com APE e membros da comunidade, nem sempre foi possível comparar a situação antes e depois do programa RAcE. Por outro lado, o momento

facilitou uma avaliação da contribuição do programa RAcE em termos de sustentabilidade, o que gerou um valor acrescentado para a avaliação.

Principais Resultados

RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTRIBUIÇÃO

15. O programa RAcE foi iniciado em Moçambique numa altura em que eram necessários recursos externos para a continuação e expansão do programa nacional dos APE. A SC e o MC tinham trabalhado separadamente com o MISAU na actualização do currículo de formação e no apoio aos APE em Nampula e Inhambane e estavam, por isso, numa posição favorável para apoiar a expansão do programa APE.

16. O manejo de casos na comunidade faz parte dos cuidados de saúde primários desde 1978 [1], no entanto, os protocolos para iCCM promovidos pela OMS só foram incluídos no pacote de formação revisto em 2011. Os APE são formados em iCCM, mas são esperados de dedicarem apenas 20 por cento do seu tempo em intervenções curativas. Estas directrizes são bem compreendidas pelos APE e fortemente defendidas pelo MISAU. No entanto, as comunidades apreciam muito mais os serviços curativos. A pesquisa operacional realizada pelo programa RAcE também destaca que a actividade diária predominante dos APE é o manejo de casos na comunidade, e não a prevenção. [12]

17. Houve um grande alinhamento com as políticas nacionais. O MISAU esteve totalmente envolvido em todas as decisões relacionadas com a concepção e implementação do programa. O programa RAcE seguiu as recomendações e directrizes do MISAU para a selecção de províncias e distritos, de forma a assegurar que os distritos com o maior número de pessoas e as comunidades mais afastadas das unidades de saúde eram apoiados. Isto foi confirmado pela revisão da base de dados do programa, que mostrou que 98 por cento das comunidades estavam localizadas a mais de oito quilómetros do centro de saúde mais próximo. [19] Os membros da comunidade não foram consultados durante a concepção do programa, mas confirmaram que participaram na selecção do APE.

18. Os parceiros do RAcE colaboraram estreitamente com outras partes interessadas para garantir que o financiamento disponível e o apoio técnico eram harmonizados. O financiamento do programa RAcE foi utilizado predominantemente para fornecer apoio logístico para a formação e implementação dos APE, assim como um forte apoio técnico para facilitar a supervisão, a qualidade da prestação de serviços e uma melhor monitorização. O programa RAcE forneceu recursos financeiros apenas para o aumento do número de APE formados na Zambézia e também pagou os subsídios e forneceu apoio para a supervisão.

19. A cobertura universal foi alcançada em Inhambane, onde todos os distritos dispunham de APE suficientes. Em Nampula, todos os distritos foram cobertos, mas o número de APE não foi suficiente para alcançar todas as comunidades elegíveis. Em 2018, serão alocados mais 458 APE pelo MISAU em Nampula. O programa RAcE foi implementado apenas em 12/22 distritos na Zambézia e 6/12 em Manica.

20. Embora nenhuma política nacional tenha sido alterada como resultado do programa RAcE, os parceiros do programa trabalharam em estreita colaboração com o MISAU, UNICEF e USAID para actualizar o currículo de formação, rever os indicadores, actualizar e simplificar as ferramentas de recolha de dados, desenvolver manuais de supervisão, listas de verificação e ferramentas para ajudar no trabalho. Foram desenvolvidos protocolos para reduzir o desperdício e melhorar as condições de armazenamento de medicamentos. Todas estas ferramentas são agora usadas em todo o país e os informantes confirmam que o programa RAcE contribuiu para a harmonização e fortalecimento dos processos e ferramentas do programa dos APE. Os parceiros de RAcE também apoiaram a implementação de um novo pacote de serviços (incluindo planeamento familiar, distribuição de

vitamina A, acompanhamento do tratamento do HIV e tuberculose e apoio aos cuidados pré-natais e pós-natais) através do apoio à formação dos APE na introdução e implementação do novo pacote em 2015/2016.

21. De acordo com as entrevistas com informantes-chave e com as observações feitas durante a avaliação, o modelo de contratação de parceiros através de subvenções usado em Moçambique foi eficaz. O governo teve um papel claro de coordenação e orientação e recebeu apoio técnico e financeiro da OMS, em colaboração com duas ONGs internacionais com experiência complementar em programação de iCCM e distribuição geográfica. O apoio técnico prestado pela SC e pelo MC a nível provincial e distrital contribuiu para uma maior frequência das supervisões, melhoria da qualidade da supervisão e melhoria da qualidade e regularidade dos dados reportados pelos APE. No entanto, o tipo de apoio fornecido variou entre os parceiros de implementação. Devido à capacidade limitada dos distritos e à existência de um grande número de APE para monitorizar, a SC contratou supervisores distritais (além de uma equipa provincial) para apoiar o coordenador distrital dos APE na supervisão e recolha de dados. O MC apenas prestou apoio a nível provincial devido a restrições financeiras, mas também visando fortalecer a capacidade provincial.

22. As diferenças de implementação tiveram impacto nos modelos de supervisão utilizados. Nas províncias apoiadas pela SC, os supervisores do programa RAcE trabalharam com os coordenadores distritais dos APE para assegurar a supervisão regular dos APE e dos supervisores dos centros de saúde. No entanto, a supervisão a nível comunitário nem sempre incluiu o supervisor do centro de saúde. Em Inhambane, os níveis de supervisão eram inicialmente baixos, mas melhoraram significativamente quando o MC deixou de fornecer apenas recursos financeiros para a supervisão e passou a organizar visitas conjuntas, envolvendo coordenadores provinciais e distritais nas supervisões ao nível do centro de saúde e dos APE. A Zambézia foi a única província onde os APE receberam em média uma visita por mês. O nível mais alto de supervisões era explicado pelo facto de alguns APE serem pouco qualificados e exigirem mais do que uma supervisão mensal, e pelo facto de as ajudas de custo para a supervisão serem consistentemente pagas pelo programa RAcE. As visitas aos APE no terreno por parte dos supervisores clínicos deveriam acontecer mensalmente, mas foram revistas para visitas trimestrais pelo MISAU em 2016.

23. As visitas regulares de supervisão e formação na monitorização e utilização de dados contribuíram para melhorar a consistência e a qualidade dos dados reportados pelos APE. [13,14] Isto foi confirmado pela avaliação. Os supervisores dos centros de saúde relataram menos inconsistências nos dados dos APE. A revisão da base de dados nacional confirmou que os problemas de qualidade dos dados, como o número de tratamentos ser mais elevado do que o número de casos diagnosticados, diminuíram em Inhambane e na Zambézia.

24. Todas as actividades planeadas pelo programa RAcE foram implementadas e os resultados foram amplamente alcançados. Há evidências que confirmam que o programa contribuiu para os resultados intermediários planeados, no entanto, as evidências de contribuição do programa RAcE não são tão fortes e muitos dos êxitos e limitações também estão relacionadas com outros factores de influência:

- Os parceiros de RAcE implementaram uma campanha de comunicação para a mudança de comportamentos (CMC) e a metodologia de diálogo comunitário (DC) para aumentar a procura de serviços de iCCM, aumentar o apoio da comunidade aos APE e melhorar o comportamento de procura de cuidados de saúde. O inquérito final demonstrou que o conhecimento dos pais ou encarregados de saúde das crianças aumentou significativamente, no entanto, a avaliação não encontrou evidências fortes de que as intervenções do programa RAcE contribuíram para essa mudança. A maioria dos membros da comunidade referiu-se a melhores conhecimentos, mas

muito poucos mencionaram os anúncios de rádio ou o DC como um factor de melhoria do conhecimento e da prevenção. O facto de os APE serem obrigados a dedicar a maior parte do tempo à promoção da saúde e de haver muitos outros activistas a trabalhar nas comunidades, dificultou a identificação dos contributos específicos que levaram às mudanças observadas. O momento da avaliação e o tamanho reduzido da amostra podem ter contribuído para as evidências limitadas encontradas.

- Os parceiros de RAcE concentraram-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos APE. No entanto, as avaliações clínicas dos APE nos centros de saúde foram realizadas com pouca frequência, explicada por uma elevada carga de trabalho dos supervisores dos centros de saúde, assim como pela baixa motivação por não receberem ajudas de custo. Nos centros de saúde que tinham mais funcionários disponíveis, os supervisores dos APE encontravam-se, normalmente, entre os funcionários com menor nível de formação, que estavam geralmente muito motivados, mas que nem sempre tinham as competências técnicas necessárias para realizar avaliações clínicas.
- Não foi alcançado um fornecimento consistente e adequado de medicamentos e artigos essenciais. O estudo de qualidade de cuidados (QoC) de 2016 observou níveis de stock inadequados entre os APE em Nampula e na Zambézia, onde apenas menos de metade dispunham de todos os medicamentos necessários. Os stocks de AL, paracetamol e amoxicilina eram particularmente baixos em comparação com a disponibilidade destes nos centros de saúde. Nos distritos mais populosos, onde os APE atendem um maior número de pessoas, as rupturas de stock foram mais comuns. [16] Estas evidências são consistentes com os relatórios da SC e do MC, assim com a observação realizada durante a visita ao terreno e apontam para questões de rupturas de stock regulares, a nível nacional, de kits anti maláricos, atrasos em toda a cadeia de suprimento e uma quantificação de medicamentos com base no perfil epidemiológico geral do país, em vez de ter em conta as diferenças sazonais e provinciais, bem como a estimativa de que cada APE atende em média uma população de 1.250 pessoas, o que é um número muito subestimado.
- Os parceiros de RAcE atenuaram alguns dos problemas de distribuição de artigos e medicamentos e forneceram apoio técnico para reduzir o desperdício, melhorar os processos de previsão e gestão de stocks a nível provincial e defender a revisão da quantidade de AL fornecida aos APE. No entanto, como o sistema de informação de gestão logística (LMIS) ainda é fraco, o país ainda não está pronto para passar de um sistema de aprovisionamento por “*push*” para um sistema de “*pull*”. Em vez disso, os APE foram autorizados a reabastecer os seus stocks nos centros de saúde quando necessário, contudo, os avaliadores não encontraram evidências de que os APE o faziam, principalmente porque a deslocação aos centros de saúde é demorada ou cara. Alguns informantes afirmaram que o programa RAcE poderia ter gerado melhores evidências sobre os padrões reais de consumo se tivesse sido disponibilizado um stock de reservas durante o período do programa.
- Foram conduzidos três estudos operacionais sobre a carga de trabalho dos APE, os diferentes modelos de supervisão e a qualidade dos cuidados prestados. Estes estudos ainda não foram divulgados devido à falta de orçamento e muito poucos informantes-chave estavam cientes dos seus resultados.
- Actualmente, apenas os dados da malária recolhidos por APE estão incluídos no SISMA (Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação) nacional (embora sejam agregados ao nível do centro de saúde). Foram realizadas discussões durante o período de implementação do programa RAcE para estimular a integração de dados ao nível da comunidade no novo DHIS2 (Sistema de Informação de Saúde a Nível Distrital), mas isto ainda não se concretizou. Em Janeiro de 2018, estavam em curso discussões para rever a viabilidade da integração dos dados recolhidos pelos APE

através da aplicação UpScale directamente no DHIS2. A aplicação UpScale foi testada pelo MC em Inhambane com financiamento externo ao programa RAcE. Diz-se que a aplicação contribuiu para aumentar a qualidade dos cuidados, melhorar a supervisão em tempo real e a qualidade dos dados, mas isto ainda não foi confirmado por uma avaliação independente.

25. No que diz respeito ao nível intermédio dos resultados, o inquérito final (endline) e as discussões de grupo destacam que o primeiro ponto de contacto na prestação de cuidados mudou do centro de saúde para os APE. Os membros da comunidade relataram que procuram cuidados mais cedo devido à presença de APE na comunidade e os supervisores dos centros de saúde relataram informalmente observar menos casos graves de malária e diarreia. Um inquérito demográfico transversal controlado, realizado pela SC em Nampula, em 2012, mostrou que em áreas onde existia um APE o tratamento atempado era significativamente melhor. [16] Os APE encaminham correctamente os pacientes para os centros de saúde e, embora nem todas as famílias adiram, há relatos de que membros do CSC contribuem para os custos de transporte de forma a incentivar os pais ou encarregados de saúde a levar as crianças doentes ao centro de saúde.

26. A muito pequena (1,8%) redução na mortalidade de menores de cinco anos, estimada pela ICF, não pôde ser corroborada, devido à falta de dados demográficos sociais recentes ou ao acesso a dados do SISMA. Os informantes-chave, em particular os provenientes das agências implementadoras, expressaram dúvidas acerca das estimativas modeladas e de algumas das suposições feitas. Duvidavam das estimativas de vidas salvas através do tratamento de infecções respiratórias agudas, especialmente porque o número de tratamentos para a pneumonia excedeu largamente o previsto e o estudo de QoC descobriu que os APE tinham um número mais alto de crianças que receberam a verificação da frequência respiratória do que os seus homólogos nos centros de saúde. [16] Esta limitação também foi feita pela ICF na avaliação final de Moçambique. [21] O inquérito final não fornece detalhes sobre o sexo dos pais ou encarregados de saúde que participaram no estudo, o que constitui uma limitação. Em Moçambique os encarregados de saúde são na maioria mulheres e, não tendo sido dada nenhuma atenção a esse indicador durante a pesquisa, poderá haver dados tendenciosos, porque é menos provável que os homens sabem qual o tratamento que a criança doente recebeu. Além disso, à luz dos diferentes modelos de intervenção usados pela SC e o MC, assim como das diferenças nos indicadores provinciais sociais, económicos e de saúde, o facto de o estudo e avaliação final não terem incidido sobre as diferenças provinciais foi uma oportunidade perdida.

27. As mortes de crianças menores de cinco anos nas comunidades são reportadas pelos APE e registadas na base de dados nacionais do programa dos APE. [18] Uma análise dos dados (ver Anexo 4) sugere uma diminuição constante da mortalidade ao longo do período de implementação do programa RAcE em todas as províncias de Moçambique. A diminuição foi mais pronunciada do que a média nacional nas províncias do programa RAcE, Manica e Inhambane; seguiu a tendência nacional em Nampula, e foi inferior à tendência nacional na Zambézia. Em média, os APE em Nampula e na Zambézia servem populações maiores do que em Inhambane e Manica: (Zambézia: 3,600; Nampula: 3,300, Manica: 2,300 e Inhambane: 2,000). [17]

28. Alguns resultados da avaliação não foram registados na análise de contribuição e avaliação da ToC e são apresentados sob os seguintes títulos.

IGUALDADE DE GÉNERO

29. Não foi feita nenhuma análise de género no início do programa RAcE e não foi implementada nenhuma estratégia de género. As ferramentas desenvolvidas com a contribuição do programa RAcE não prestaram particular atenção às dimensões da igualdade de género, uma vez que os pais ou encarregados de saúde são principalmente representados por mulheres e os APE por homens. Os APE

registam tratamentos discriminados por sexo, mas quando compilados a nível dos centros de saúde, os tratamentos são agregados e apenas o número de consultas é discriminado por sexo.

30. O aumento do recrutamento de APE femininos tem sido uma preocupação e foi repetidamente destacado e discutido como importante; no entanto, não foram tomadas medidas para resolver o desequilíbrio de género, com as mulheres a representar apenas 20 por cento dos APE em Nampula, na Zambézia e em Manica. [19] Inhambane tem uma quota quase igual de APE femininos e masculinos, mas a maioria foi recrutada antes do início do programa RAcE. As entrevistas confirmaram que, devido à situação económica e cultural da província, as mulheres são mais facilmente identificadas como APE porque os homens já estão empregados. Este não é o caso em Nampula e Zambézia, onde o desemprego é elevado e a nomeação como APE representa uma oportunidade de ganhar dinheiro, função que é entendida como sendo da responsabilidade dos homens. Além disso, as taxas de analfabetismo feminino são mais elevadas em Nampula, o que constitui uma barreira para os APE femininos, e geralmente não são a primeira escolha da comunidade devido à sua responsabilidade pelas actividades domésticas.

31. Os parceiros de RAcE reconheceram que poderiam ter sido feitos mais esforços para aumentar o envolvimento dos pais ou encarregados de saúde masculinos. As entrevistas e DG confirmaram que as mulheres continuam a ser as responsáveis pela saúde das crianças. Ocasionalmente, os homens levam os filhos ao APE, mas apenas quando a esposa não está disponível.

Resumo dos resultados sobre igualdade de género

Análise de género	Não foi realizada nenhuma análise de género porque esta não foi incluída nos termos do contrato com a OMS
Igualdade de género no acesso ao tratamento	Não houve diferenças notórias na avaliação apropriada ou tratamento de doenças de iCCM entre meninos e meninas, de acordo com o inquérito final
Igualdade de género entre os prestadores de cuidados de saúde	Vinte e cinco por cento dos APE eram mulheres e no fim do programa, havia uma diferença significativa entre Inhambane (48%) e Nampula (18%), Zambézia (21%) e Manica (22%)
Sensibilidade de género das ferramentas dos APE	As ferramentas desenvolvidas não prestaram especial atenção às dimensões da igualdade de género, pois os pais ou encarregados de saúde são maioritariamente representados por mulheres e os APE por homens
Igualdade de género na procura de cuidados e na comunidade	Os dados do inquérito final não documentaram nenhuma mudança significativa na tomada de decisão da família sobre o rendimento e a procura de cuidados entre o inquérito da linha de base e o inquérito final. A tomada de decisão conjunta sobre a procura de cuidados para uma criança doente era feita em 57 por cento no inquérito final, contudo, este indicador não foi medido no estudo da linha de base e, por isso, o progresso não pôde ser avaliado. É necessário cuidado na interpretação destes resultados pois o sexo dos pais ou encarregados de saúde não foi registado e não existe informação sobre se os pais ou encarregados de saúde entrevistados eram na maioria homens ou mulheres. [21Error! Reference source not found.]

32. Os parceiros de RAcE estavam preocupados com a introdução do novo pacote de serviços devido à já elevada carga de trabalho dos APE, mas apoiaram a implementação do novo pacote, fornecendo apoio logístico para a formação e revisão de ferramentas de monitorização.

33. O novo pacote foi lançado em 2016 e os dados disponíveis são insuficientes para avaliar o seu impacto em termos de melhoria da saúde materna e neonatal. Os informantes relataram informalmente um aumento no uso de métodos de PF por membros da comunidade, bem como um aumento no número de mulheres grávidas que dão à luz nos centros de saúde, devido ao acompanhamento mais próximo prestado pelos APE. Os dados do SISMA documentam uma tendência crescente no número de partos realizados nos centros de saúde (de 71 para 77 por cento entre 2014 e 2016), mas não estavam disponíveis dados de 2017 para confirmar esta tendência.

34. Com a introdução do novo pacote, estão a ser realizados mais esforços para identificar APE femininas. Em 2017, 300 dos APE recém-formados em Nampula eram predominantemente (70 por cento) mulheres. Os membros da comunidade e os APE também se referiram consistentemente à introdução do pacote PF como uma mudança importante para mulheres e homens. O facto de os APE terem acesso a contraceptivos orais e injectáveis e poderem discutir as opções de PF com parceiros do sexo masculino e feminino na privacidade das suas casas, é visto como um dos principais factores que estimulam o uso crescente de métodos de PF.

35. O novo pacote inclui também um projecto-piloto de tratamentos de hemorragia pós-parto (HPP) realizados por parteiras tradicionais (PT) em 35 distritos, em harmonia com a estratégia nacional de prevenção da HPP. Os APE facilitam este processo adquirindo misoprostol no centro de saúde. Foi realizada uma análise situacional por um consultor externo em Dezembro de 2016, que destacou alguns resultados positivos em termos de aumento do número de partos realizados em centros de saúde em Inhambane e foram feitos relatos informais sobre a redução da mortalidade materna devido ao menor número de casos de HPP reportados por parte de PT em Nampula. No entanto, também houve questões como rupturas de stock e falta de supervisão regular no âmbito do programa de saúde materno-infantil.

PLANEAMENTO PARA A SUSTENTABILIDADE

36. O planeamento para a sustentabilidade e a transição foi apreciado pela maioria dos informantes. Este foi participativo e contribuiu para acções realizadas antes do encerramento do programa. A avaliação conseguiu analisar até que ponto o programa RAcE contribuiu para a implementação sustentada do iCCM em Moçambique e os resultados foram em grande medida positivos:

- Os parceiros de RAcE e o MISAU asseguraram o défice de financiamento para os subsídios e a supervisão na Zambézia através de outros parceiros. O Banco Mundial e o UNICEF continuam a fornecer financiamento para os subsídios e a supervisão em todas as quatro províncias. A expansão do programa APE também foi incluída no caso de investimento apoiado pelo novo Mecanismo Global de Financiamento (GFF) gerido pelo Banco Mundial.
- Como o programa RAcE utilizou o sistema nacional de suprimentos e distribuição de medicamentos, os APE continuam a receber medicamentos, embora irregularmente, mas não observam uma grande diferença a nível do fornecimento desde o encerramento do programa RAcE. A principal diferença observada pelos APE em Ribaué (Nampula) foi o facto de, actualmente terem de recolher os seus fornecimentos a nível distrital porque o distrito tem dificuldades em transportar os fornecimentos para os centros de saúde.

- Os APE continuam motivados, mas muitos queixaram-se sobre o facto de que o fornecimento irregular do kit de tratamento da malária tem impacto na qualidade do serviço que possam prestar. Os membros da comunidade confirmaram que os APE ficam muitas vezes sem medicamentos e isso é algo que os preocupa. A maioria dos APE está insatisfeita com os subsídios porque, devido à desvalorização, estas valem agora apenas metade do que valiam em 2010, enquanto a carga de trabalho aumentou. Os APE masculinos classificaram o baixo valor do subsídio como um desafio maior do que os APE femininos que se mostraram mais preocupados com a falta de medicamentos. Os APE em Nampula apontaram uma diminuição em apoio logístico. Isto foi menos notado em Inhambane, onde o MC continua a apoiar o lançamento da aplicação UpScale.
- Os supervisores dos centros de saúde continuam a realizar visitas de supervisão como planeado, especialmente quando ainda têm acesso às motas providenciadas pelo programa RAcE. Os APE confirmaram que as visitas de supervisão continuam, mas apontaram que estas são agora menos frequentes. Nos centros de saúde onde os supervisores não têm acesso a veículos, as visitas de supervisão são feitas com menos frequência. O financiamento atempado disponível para combustível e ajudas de custo é uma preocupação expressa por muitos supervisores.
- As supervisões conjuntas a nível provincial e distrital continuam em Nampula e Inhambane. No entanto, os coordenadores provinciais referiram-se à redução de pessoas disponíveis para realização da supervisão como um desafio. Durante a implementação do programa RAcE, estavam disponíveis mais funcionários da SC e do MC e as visitas de supervisão aconteciam com mais frequência. Agora, participam outros membros da equipa da DPS, mas estes têm geralmente a sua própria agenda e não se concentram nos algoritmos completos de iCCM. Esta falta de recursos humanos também é sentida a nível central. O MISAU só foi capaz de absorver uma das duas posições de M&A.
- Os funcionários do MISAU a nível provincial e central relataram que a frequência de relatórios diminuiu desde o final do programa RAcE. Isto também é observado na base de dados nacional.

37. Uma das principais preocupações em termos de sustentabilidade, expressa pelos parceiros, é a capacidade do governo de pagar os subsídios dos APE. Embora essa tenha sido a intenção do MISAU desde 2010, ainda não se concretizou devido a obstáculos legislativos e restrições financeiras. No entanto, estão a ser feitos progressos para rever a legislação de forma a permitir que o MISAU comece a pagar os subsídios.

Conclusões

38. O programa RAcE contribuiu para uma consolidação do programa nacional dos APE. As ferramentas, directrizes e protocolos desenvolvidos com a contribuição do programa RAcE ajudaram a fortalecer o programa em todo o país. Apesar de o programa RAcE ter contribuído apenas com financiamento para a expansão na Zambézia, foi prestado apoio técnico em todas as províncias para todos os APE. Neste sentido, o programa RAcE contribuiu para aumentar a cobertura do programa dos APE nas quatro províncias, atingindo a cobertura universal em Inhambane.

39. O MISAU conduziu a expansão do programa dos APE e o programa RAcE aderiu às directrizes e políticas nacionais. O programa dos APE recebeu reconhecimento nacional e encontra-se ao mesmo nível de outros programas de prestação de serviços de saúde, como a malária, imunização e HIV/TB. O programa RAcE desempenhou um papel importante no fortalecimento da componente de iCCM, através do seu foco na melhoria da qualidade dos serviços de iCCM. Embora os APE sejam reconhecidos pelos funcionários dos centros de saúde pelo seu contributo para a melhoria dos principais indicadores de saúde, o principal papel dos APE continua a ser a promoção e prevenção da saúde.

40. O modelo de contratação de parceiros através de subvenções funcionou bem em Moçambique. A colaboração do apoio técnico adaptado a nível provincial e distrital fornecido pela SC e pelo MC, juntamente com o apoio estratégico e político em colaboração com a OMS, foram apreciados por todas as partes interessadas. No entanto, o programa RAcE mobilizou recursos humanos adicionais para a supervisão e gestão dos APE, que não puderam ser mantidos após o encerramento do programa. Os informantes-chave referiram-se a esta redução nos recursos humanos como um grande desafio.

41. Aumentar a igualdade de género não fazia parte do mandato dos parceiros de implementação do programa RAcE em Moçambique. Apesar de ter sido dada alguma atenção à melhoria do equilíbrio de género entre os APE, foram alcançados poucos progressos. As estatísticas das consultas e tratamentos são discriminadas por sexo a nível dos APE, mas esses dados são perdidos quando os dados recolhidos pelos APE são consolidados a nível dos centros de saúde.

42. Todos os informantes-chave concordaram que a qualidade dos cuidados prestados pelos APE melhorou como resultado do programa RAcE. O foco na melhoria e aumento da supervisão foi reconhecido por todos os informantes e a sustentabilidade deste esforço continua a ser uma grande preocupação dos coordenadores de APE a nível central, provincial e distrital. Com o fim do programa RAcE, a regularidade e a intensidade da supervisão não puderam ser mantidas devido a restrições de recursos humanos e logísticos. A qualidade dos cuidados prestados e a supervisão regular são áreas que exigem apoio contínuo.

43. Foi expressa uma decepção geral pelos parceiros nacionais do programa RAcE acerca do efeito das intervenções de iCCM na mortalidade dos menores de cinco anos estimada pela ICF com o auxílio do modelo LiST. A ICF reportou a ocorrência de mais 2,445 mortes em 2016 do que no início do programa em 2013, devido à redução da cobertura do tratamento para a malária, diarreia e pneumonia. [21] Embora tenha sido reconhecido que as rupturas de stock frequentes dos kits anti maláricos contribuíram para uma redução no número de tratamentos para crianças com malária, os informantes apontaram que os tratamentos dos APE para a pneumonia excederam em muito os objectivos, e que os APE tiveram melhor desempenho no diagnóstico de respiração rápida do que os seus homólogos nos centros de saúde. Os informantes consideraram que o modelo subestimou o número de vidas salvas através do tratamento da pneumonia por parte dos APE, facto que também foi mencionado no relatório de avaliação final da ICF. Além disso, uma análise do número de mortes de crianças comunicadas pelos APE entre 2013 e 2016 mostra uma tendência decrescente em Inhambane, Manica e Nampula, que é mais acentuada do que a tendência nacional. (ver Anexo 4)

44. O programa RAcE usou deliberadamente o sistema nacional de fornecimento e distribuição de medicamentos, o que constitui uma mudança em relação aos programas anteriormente implementados, separadamente, pela SC, MC e UNICEF. Embora isto possa ter contribuído para rupturas de stock no curto prazo, também fortaleceu o sistema nacional e constituiu uma contribuição para a sustentabilidade do programa nacional dos APE. No entanto, não foram alcançadas grandes melhorias no sistema nacional de gestão da aquisição e fornecimento de medicamentos, devido a questões que ultrapassem o âmbito do programa RAcE. Os dados dos APE ainda não estão integrados no SISMA nacional e, por essa razão, também não estão vinculados ao LMIS. A introdução planeada da aplicação UpScale e a possibilidade de integração desta com o DHIS2 são passos importantes. Embora o programa RAcE não tenha contribuído directamente para essas mudanças, a sensibilização dos parceiros da RAcE e o trabalho do MC para testar e aprofundar a aplicação UpScale constituem contribuições indirectas. Além disso, foi construída alguma capacidade a nível provincial para melhorar os processos de previsão e gestão de stocks, ajudando a resolver problemas de rupturas de stock a nível provincial.

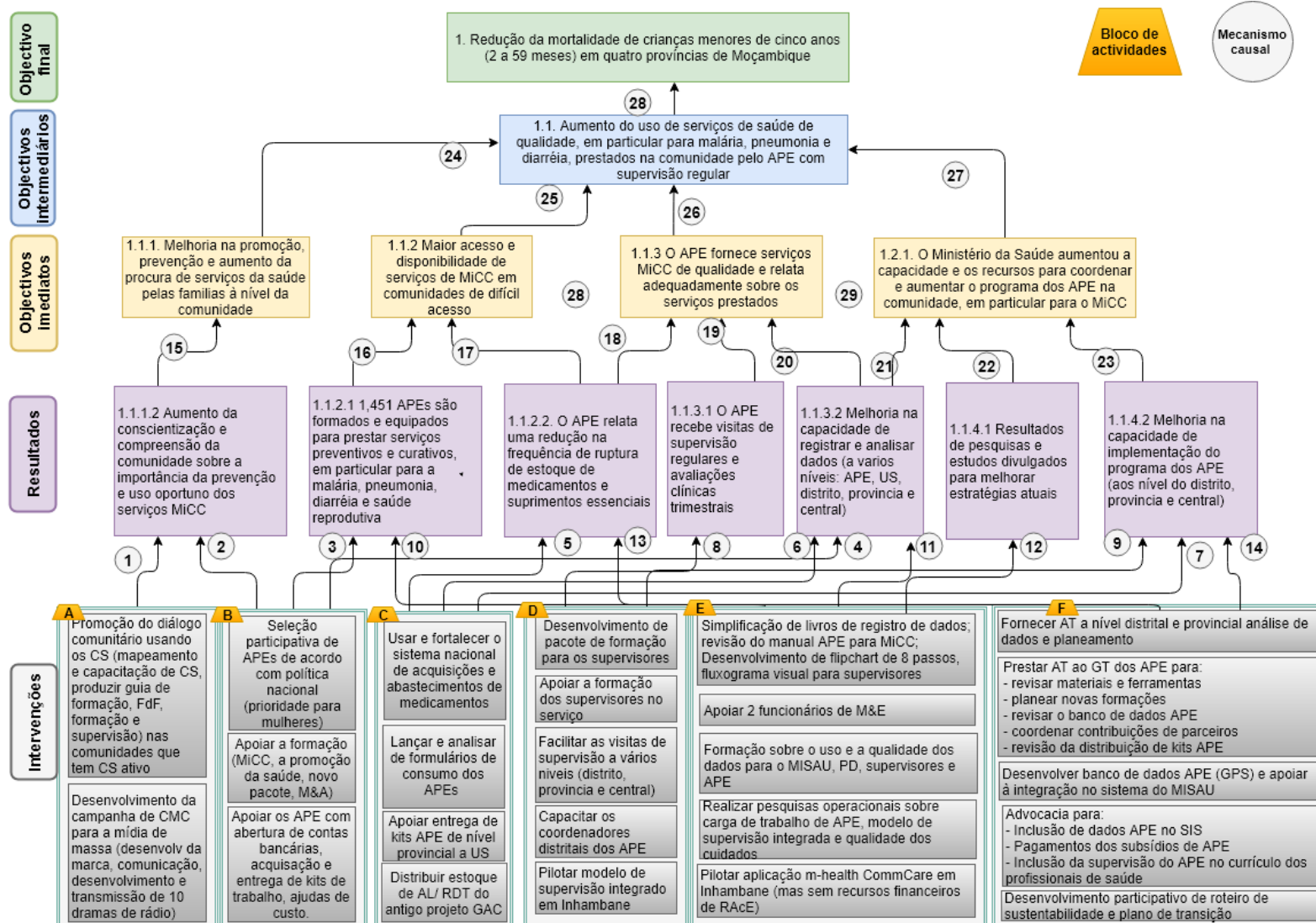
45. A equipa de avaliação identificou as seguintes fragilidades do programa RAcE em Moçambique:

- Os estudos operacionais realizados com o apoio do programa RAcE não contribuíram para mudanças políticas. Os resultados do estudo da carga de trabalho dos APE não influenciaram a decisão de aumentar a dimensão do pacote de serviços prestados pelos APE. Em geral, a pesquisa operacional levada a cabo pelo programa RAcE concentrou-se mais na operacionalização do iCCM e no programa dos APE, e menos na política de iCCM. Vários informantes-chave foram de opinião de que o programa RAcE poderia ter gerado mais evidências para influenciar mudanças importantes, como por exemplo a quantificação de medicamentos no kit anti malárico.
- A sensibilização da comunidade e o conhecimento dos pais ou encarregados de saúde melhoraram e é provável que o programa RAcE tenha contribuído para essa mudança. No entanto não pôde ser confirmada a atribuição de uma ligação directa desta aos dados e actividades do programa. Poderiam ter sido realizados mais esforços para documentar a contribuição da campanha de CMC e do DC para uma melhor sensibilização da comunidade, para a implementação de práticas preventivas e para o aumento da procura de iCCM.
- O programa RAcE foi implementado por duas organizações através de diferentes modelos de implementação. Além disso, os indicadores económicos, sociais e de saúde variam significativamente nas quatro províncias. Os inquéritos da linha de base e final não foram desenvolvidos para fornecer estimativas de nível provincial devido às limitações de recursos. O facto de não haver estimativas específicas de cada província no âmbito do programa RAcE é uma clara limitação para a análise de contribuição, porque há evidências limitadas disponíveis para confirmar a forma com os diferentes modelos contribuíram (ou não) para as mudanças na procura de cuidados e na cobertura da intervenção nas províncias abrangidas pelo programa.


46. A análise de contribuição baseada na Teoria da Mudança post-hoc identificou evidências suficientes para confirmar que as actividades e contribuições do programa RAcE contribuíram para alcançar os objectivos de nível mais alto. No entanto, nem todos os resultados foram plenamente alcançados, porque dependiam de factores que estavam fora do controlo do programa RAcE - como a necessidade de melhorias significativas no sistema nacional de fornecimento e distribuição de medicamentos. Para alguns dos resultados alcançados, a evidência da contribuição directa do programa RAcE é limitada. No contexto de Moçambique, onde o iCCM já estava institucionalizado no programa nacional dos APE, o programa RAcE concentrou-se em melhorar a qualidade da prestação de serviços de iCCM, tanto em termos dos serviços prestados pelos APE como nos processos de reporte dos APE para o nível central. Para estas intervenções, o modelo de contratação de parceiros através de subvenções foi apropriado, pois permitiu o fornecimento de apoio adaptado a nível provincial e distrital. À medida que


o programa nacional de APE é expandido a todo o país, essas são as áreas que exigirão acompanhamento contínuo juntamente com melhorias significativas necessárias no sistema nacional de fornecimento e distribuição de medicamentos.


Teoria da mudança






Análise de contribuição e avaliação de processos


Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
Mudanças a nível dos resultados					
1,2	1.1.1.1 Aumento de conscientização e compreensão da comunidade sobre a importância da prevenção e uso oportuno de serviços de iCCM em comunidades de difícil acesso na área de implementação do programa RAcE	<ul style="list-style-type: none"> 75 CSC receberam formação sobre como realizar DC em Inhambane e Manica; 179 CSC receberam formação sobre o envolvimento comunitário na Zambézia e 10 em Nampula (relatórios SC) Foram produzidos e transmitidos 10 programas de rádio na rádio nacional em 2015 e nas rádios comunitárias em Inhambane e Manica em 2016 (relatórios SC) 99% dos APE estavam sediados em comunidades de difícil acesso (> 8 km -25 km do CS) (base de dados SC) em comunidades de difícil acesso (> 8 km -25 km do CS) (base de dados SC) 	<ul style="list-style-type: none"> Um estudo qualitativo revela que os CSC formados em DC em Inhambane têm níveis mais altos de participação comunitária. Um estudo realizado pelo MC descobriu que o DC contribui para o aumento da compreensão e gestão das causas de doenças na infância, assim como em benefício de uma procura de cuidados precoce (avaliação qualitativa MC, artigo de pesquisa de 2017). 93,4% dos pais ou encarregados de saúde estão cientes da presença de APE formados em iCCM na comunidade (aumento de 31,4%) (inquérito final SC) 92,9% dos pais ou encarregados de saúde conhecem 2 ou mais sinais de perigo de doença na infância que exigem avaliação imediata (aumento de 6,4%) (inquérito final SC) Líderes comunitários e membros envolvidos na selecção de APE (KII & DG) Apenas 1 membro da comunidade em Inhambane se referiu ao anúncio de rádio; nenhum membro da comunidade em Inhambane recebeu formação em DC (DG) 		<ul style="list-style-type: none"> 80% das actividades dos APE incluem a promoção da saúde (directrizes e bases de dados APE) O departamento de saúde da comunidade é responsável pela formação de Comités de Saúde (KI) Muitos outros programas de saúde trabalham com comités de saúde (malária, HIV, TB, PF) (DG, KII)


Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
3, 10	1.1.2.1 1.451 Os APE são formados e equipados para fornecer serviços de saúde preventivos e curativos, em particular para a malária, pneumonia, diarreia, mas também nutrição, planeamento familiar e cuidados neonatais.	<ul style="list-style-type: none"> • O programa RAcE apoiou financeiramente a formação pré-serviço de 197 APE na Zambézia e cobriu parcialmente os custos da formação pré-serviço de 379 APE noutras províncias (relatórios SC) • # de APE formados aumentou de 622 para 1.445 em 4 províncias entre 2013 e 2016 (relatórios SC) • O programa RAcE desenvolveu e simplificou ferramentas para facilitar o trabalho e a compreensão dos APE (relatórios SC, KII) • O programa RAcE apoiou os APE com formações de actualização, um kit inicial, bicicletas e apoios para abrir uma conta bancária (relatórios SC) 	<ul style="list-style-type: none"> • A rotatividade de pessoal entre os APE foi limitada. A não substituição foi de 7% (1344/1445) (relatórios SC, base de dados APE) • Os APE de Nampula mencionaram que estavam mais motivados quando o programa RAcE ainda estava em vigor, uma vez que havia mais apoio logístico (DG) • Os APE continuam a prestar serviços de iCCM, mas queixam-se de atrasos nos pagamentos e redução do valor dos subsídios, falta de alguns equipamentos (uniformes, lanternas, guias de remessa, transporte) (DG) 		<ul style="list-style-type: none"> • A formação pré-serviço nas 4 províncias foi financiada pelo Banco Mundial (693), UNICEF (303) e Irish Aid (29) • O Banco Mundial providenciou os subsídios em Nampula e o UNICEF em Inhambane, na Zambézia e em Manica


Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
5, 13	1.1.2.2 Os APE relatam uma redução na frequência de ruptura de stock de medicamentos e suprimentos essenciais para iCCM e armazenamentos de forma correcta	<ul style="list-style-type: none"> • O programa RAcE usou o sistema nacional de fornecimento e distribuição de medicamentos para os kits C e AL dos APE (relatórios SC, KII) • O programa RAcE distribuiu stocks remanescentes de projectos anteriores apoiados pelo GAC em 2013-2014 (relatórios SC) • O programa RAcE apoiou a distribuição do nível provincial para o nível dos centros de saúde e a redistribuição entre distritos (relatórios KII, SC) • A RAcE forneceu apoio técnico a nível central e provincial para melhorar os processos de previsão e gestão de stocks (por exemplo, fichas de consumo) (relatórios KII, SC) • O programa RAcE participou em grupos de trabalho técnico e defendeu uma revisão das quantidades de AL (KII) • A OMS desenvolveu um protocolo para uma caixa simples e de baixo custo para armazenar medicamentos e produziu 300 caixas para Inhambane e Manica (KII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Foram diminuídas as rupturas de stock dos Kits C. Houve rupturas de stock ocasionais registadas em 2013 e 2014, escassez ocasional em 2015 e rupturas mínimas em 2016. (Relatórios SC) • As rupturas de stock do Kit AL foram mais frequentes, particularmente em 2014-2015 e ocasionalmente em 2016 (relatórios SC, KII) • Os APE relatam rupturas de stock com a duração de um mês a três meses, mas principalmente do Kit AL. Não houve diferença significativa nas rupturas de stock relatadas durante e após o programa RAcE (KII, DG) • Os coordenadores distritais e provinciais confirmam que as rupturas de stock ainda são um problema, principalmente no caso dos medicamentos anti maláricos, também ao nível dos centros de saúde (KII) <p>Em Inhambane estão a ser utilizados fichas de consumo e os APE recebem medicamentos com base no número de tratamentos realizados no mês anterior (KII, DG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os APE relatam que o armazenamento de medicamentos ainda é um problema, mas todas as províncias receberam já financiamento do UNICEF para produzir as caixas de armazenamento de baixo custo (DG, KII) 		<ul style="list-style-type: none"> • O conflito armado entre o governo e a oposição causou perturbações no sistema de transportes no centro e norte de Moçambique durante o primeiro semestre de 2014, a maior parte de 2015 e todo o ano 2016 • Atrasos nacionais na aquisição de AL pelo Fundo Global • O fornecimento de medicamentos aos centros de saúde é priorizado em relação aos kits dos APE, contribuindo para as rupturas de stock • A aplicação UpScale ajuda a registar a necessidade real de consumo e os dados foram usados para rever algumas quantidades



Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
8	1.1.3.1 Os APE recebem visitas de supervisão regulares na comunidade, assim como avaliações clínicas no centro de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • O programa RAcE desenvolveu um pacote de formação de supervisão, incluindo o fluxograma visual de algoritmos de diagnóstico e tratamento e listas de verificação de supervisão (relatórios SC) • O programa RAcE treinou 685 supervisores e conduziu 279 formações de actualização de supervisão (relatórios SC) • O programa RAcE forneceu apoio financeiro e técnico para as visitas de supervisão (relatórios KII, SC) • O programa RAcE adquiriu 47 motas para os supervisores distritais e transferiu outras 33 para os supervisores nos centros de saúde no final do programa, além de 4 veículos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foram realizadas 21.009 supervisões de rotina durante o programa, o que representou uma média de 5.6 visitas por APE em Inhambane, 4.0 em Manica, 15.5 na Zambézia e 5.3 em Nampula em 2016 (relatórios SC) • Realizaram-se 5.648 visitas de supervisão clínica entre Abril de 2014 e Dezembro de 2016, que em 2016 representaram uma média de 3,0 visitas por APE em Inhambane, 3,6 em Manica, 13,6 em Nampula e 1,5 em Nampula (relatórios SC) • A contribuição do programa RAcE para o desenvolvimento de ferramentas de supervisão é bem reconhecida (KII) • Todos os supervisores nos centros de saúde entrevistados confirmaram ter recebido formação da SC ou MC (KII) • Os supervisores nos centros de saúde confirmam receber supervisão trimestral do nível distrital e provincial (KII) • Em Outubro de 2016, 84% dos APE relataram ter recebido uma visita de supervisão nos últimos 3 meses e 68% relataram receber supervisão clínica com uma criança doente nos últimos 3 meses (inquérito final) • Os APE confirmam receber visitas regulares na comunidade (uma vez a cada dois ou três meses em Nampula e Inhambane) (DG) • Os APE em Nampula notaram uma diminuição no número de supervisões, a diminuição não foi tão notória em Inhambane (DG) • As supervisões clínicas continuam com mais frequência porque ocorrem no centro de saúde e não dependem do transporte (DG) • Os coordenadores provinciais e distritais mencionam que o número reduzido de RH disponíveis para a supervisão após o fim do programa RAcE tem impacto na frequência e qualidade da supervisão (KII) 		<ul style="list-style-type: none"> • As ajudas de custo dos supervisores clínicos são pagas pelo UNICEF e pelo Banco Mundial e nem sempre são recebidas em tempo útil. • Grande rotatividade a nível os supervisores clínicos



Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
4,7,8	1.1.3.2 Maior capacidade de registo e análise de dados de monitorização em todos os níveis (APE, centro de saúde, distrito, província e central)	<ul style="list-style-type: none"> O programa RAcE financiou 2 funcionários de M&A no programa central de APE (relatórios SC, KII) O programa RAcE apoiou a harmonização, simplificação e implementação de ferramentas de reporte (relatórios SC, KII) 1.325 APE e funcionários-chave do MISAU a nível central, provincial e distrital receberam formação em qualidade e uso de dados (relatórios SC, KII, DG) Os funcionários do programa RAcE forneceram apoio técnico durante as visitas de supervisão realizadas para revisão dos dados recolhidos (relatórios SC, KII) 	<ul style="list-style-type: none"> Foram institucionalizadas reuniões mensais para rever os dados registados por APE nos Centros de Saúde (KII) Existe uma base de dados APE funcional e que facilita a análise (base de dados APE) O MISAU só conseguiu absorver 1 posição de M&A a nível central (KII) Os coordenadores distritais e provinciais de APE relatam uma capacidade melhorada para analisar os dados e incluí-los nos seus relatórios (KII) Os APE e supervisores receberam formação, mas não produziam gráficos (KII, DG) Os supervisores relatam que a qualidade dos dados recolhidos por APE aumentou (são cometidos menos erros) (KII) As avaliações de qualidade dos dados relatam um aumento na qualidade dos dados de 2.27/3 em 2015 para 2.63/3 em Outubro de 2016 (ICF DQA) 		<ul style="list-style-type: none"> nenhum
12	1.1.4.1 Os resultados da pesquisa operacional e da experiência de implementação são divulgados com as principais partes interessadas e informam as políticas atuais	<ul style="list-style-type: none"> Foram realizados 3 estudos de pesquisa operacional (PO) em colaboração com o INS e o MISAU: estudo de carga de trabalho dos APE, modelos de estudo de supervisão de apoio, estudo de qualidade dos cuidados prestados (relatórios SC) Os parceiros do programa RAcE participaram regularmente em grupos de trabalho técnico nacionais (relatórios SC, KII) 	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados da pesquisa operacional não foram divulgados devido à falta de orçamento (KII) Nenhum informante-chave fora do programa RAcE está ciente dos resultados dos estudos, nem mesmo o MISAU (KII) Apenas a avaliação de qualidade dos dados (que não é considerada PO) foi divulgada em reunião com o INS (KII) Os resultados do plano para a sustentabilidade não foram amplamente compartilhados com os principais parceiros de iCCM (KII) 		<ul style="list-style-type: none"> O UNICEF apoia o MISAU na finalização da estratégia nacional de APE


Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
7,9,14	1.1.4.2 Aumento da capacidade de coordenar e implementar o programa APE em diferentes níveis (CS, distrital, provincial, central)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio técnico prestado por funcionários dedicados da SC/MC a nível provincial e distrital (relatórios SC, KII) • Apoio técnico prestado a nível central para revisão do manual e das ferramentas de formação, planeamento de novas formações, revisão da base de dados nacional, harmonização das contribuições dos PD e quantificação dos kits de APE (relatórios SC e KII) • Sensibilização para inclusão de dados de APE no SISMA, absorção de subsídios de APE pelo MISAU, revisão de indicadores nacionais de iCCM, inclusão do módulo de supervisão na formação de pré-serviço nos CS (relatórios SC, KII) • Entrega de 80 motas e 4 veículos (relatórios SC, KII) • Os principais parceiros do iCCM foram convidados para o workshop sobre o desenvolvimento do plano para a sustentabilidade, mas nem todos participaram (KII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Os coordenadores de APE a nível provincial relatam uma melhoria das competências em termos de supervisão e análise de dados (KII) • Foram iniciadas reuniões mensais distritais de APE em Nampula que continuam (KII) • Os funcionários do distrito e do centro de saúde demonstram grande apreciação pelas contribuições dos APE para a saúde da comunidade (KII) • Os funcionários do MISAU referem-se aos veículos fornecidos pela RAcE como um aumento de capacidade (KII) • Os manuais, formulários de relatórios, ferramentas e listas de verificação desenvolvidos com apoio do programa RAcE são usados a nível nacional (KII) • A redução do número de RH nas províncias após o final do programa RAcE é reportada como um desafio (KII) • O plano para a sustentabilidade e planos de transição foram desenvolvidos de forma participativa (relatórios ICF & SC, KII) 		<ul style="list-style-type: none"> • O UNICEF e a USAID também contribuem para os grupos de trabalho técnico


Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
Mudanças a nível dos resultados imediatos					
15	1.1.1 Melhoria da prevenção, promoção e procura de cuidados de saúde por parte dos pais ou encarregados de saúde nas comunidades	<ul style="list-style-type: none"> Os APE das 4 províncias realizaram um total de 858.205 sessões de sensibilização ao longo de 4 anos, com uma média de 13 sessões por APE, por mês Não há dados disponíveis sobre o número de diálogos comunitários conduzidos por CSC formados pelo RAcE 	<ul style="list-style-type: none"> 79,5% dos pais ou encarregados de saúde procuraram aconselhamento ou tratamento junto de um prestador de cuidados apropriado quando a criança estava doente. Não é uma alteração estatisticamente significativa em relação ao inquérito da linha de base (inquérito final SC) 81,9% dos pais ou encarregados de saúde percebem os APE como uma fonte de tratamento conveniente. Não é uma alteração estatisticamente significativa em relação ao inquérito da linha de base (inquérito final SC) Os membros dos CSC e os APE mencionam um aumento do uso de latrinas (DG) Os membros dos CSC, os APE e os profissionais de saúde observam uma diminuição nos casos de diarreia (DG) Os pais ou encarregados de saúde relatam uma resposta mais atempada às doenças infantis devido à proximidade dos APE (DG) 		<ul style="list-style-type: none"> Muitos outros programas de saúde colaboram com activistas que trabalham a sensibilização nas comunidades Os APE são obrigados a dedicar 80% do seu tempo na prevenção e promoção da saúde

Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
16,17	1.1.2 Maior acesso e disponibilidade de serviços de iCCM em comunidades de difícil acesso	<ul style="list-style-type: none"> • O # de APE aumentou de 622 para 1.445 em 4 províncias (relatórios SC) • O # de tratamentos aumentou de 240.152 no ano 1 para 841.284 no ano 3 (relatórios SC) • 99% dos APE estavam sediados em comunidades de difícil acesso (base de dados APE da SC) • Com base nas estimativas de que 40% da população vive a >8km de um centro de saúde, a cobertura universal foi alcançada apenas em Inhambane (com 46% da população abrangida em 13/14 distritos). Em Manica, 47% da população foi alcançada em 6/12 distritos. Em Nampula, 37% da população foi alcançada em 20/23 distritos e na Zambézia, 31% da população foi alcançada em 12/22 distritos (base de dados da população abrangida SC) 	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com a SC, foi fornecido um total de 1,85 milhões de tratamentos (embora tenha havido problemas de dados com o # de medicamentos registados em comparação com o # de tratamentos em Inhambane) (relatórios SC) • 82% dos pais ou encarregados de saúde encontraram o APE na primeira consulta. Nenhuma linha de base disponível (inquérito final) • 91% dos APE residem na área de captação (inquérito final APE) • Em Outubro de 2016, apenas 44% dos APE tiveram pelo menos uma formulação de AL adequada à idade em stock; apenas 28% relataram não ter havido rupturas no stock de AL no mês anterior; 81% dos APE tinham amoxicilina e 53% não relataram rupturas de stock no mês anterior (inquérito final APE) 		<ul style="list-style-type: none"> • O Banco Mundial, UNICEF e Irish Aid apoiaram o aumento de APE em Nampula, em Manica e na Zambézia • As inundações do início de 2015 causaram a destruição de infra-estruturas críticas, incluindo estradas, pontes e unidades saúde, e deslocaram muitas famílias durante semanas.

Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
18,19, 20,29	1.1.3 Os ACS prestam serviços de iCCM de qualidade e reportam adequadamente os serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> Os pais ou encarregados de saúde estão satisfeitos com os serviços prestados pelos APE, mas queixam-se de que estes ficam frequentemente sem medicamentos (DG) Encontra-se em vigor um sistema de referência para encaminhamento de doentes (KIIs, DG) Os APE registam o número de casos encaminhados nos seus registos (base de dados nacional de APE) 	<ul style="list-style-type: none"> Em Janeiro de 2016, 63% das crianças foram examinadas quanto a sintomas de doença, mas apenas 48% das crianças doentes receberam tratamento correcto por parte do APE; 87% das crianças com febre fizeram o teste da malária e 75% das crianças com tosse fizeram a avaliação da respiração rápida, mas apenas 22% das crianças com diarreia foram tratadas correctamente com SRO e zinco (estudo QoC) Em Janeiro de 2016, 82% dos APE relataram a ruptura de stock de um tipo de medicação de primeira linha no mês anterior, enquanto que nos Centros de Saúde a percentagem foi de 48% (estudo QoC) 78,2% dos pais ou encarregados de saúde consideram os APE prestadores de cuidados de saúde confiáveis. Redução de 4,7% (inquérito final) O inquérito final concluiu que os APE reencaminhavam 48% de crianças aos Centros de Saúde. Aumento de 22% em relação aos dados da linha de base (inquérito final) 	 	<ul style="list-style-type: none"> Em Inhambane, os APE referem-se à aplicação UpScale como uma ferramenta que ajuda na avaliação, classificação, tratamento e reporte (DG)

Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
21,22, 23	1.1.4 O sistema nacional de saúde está fortalecido de forma a expandir os serviços de iCCM como parte do programa nacional de APE em comunidades de difícil acesso	<ul style="list-style-type: none"> • As ferramentas e manuais revistos pela RAcE são usados a nível nacional (KII) • Os dados de monitorização de APE são usados e partilhados com os programas e departamentos de saúde relevantes (malária, HIV, TB, nutrição, promoção de saúde) (KII) • O programa RAcE trabalhou com parceiros para garantir que os APE formados continuariam a receber subsídios e apoio de supervisão após o final do programa (KII) • Os veículos deixados pelo programa RAcE são usados por coordenadores e supervisores como pretendido (KII, observação) 	<ul style="list-style-type: none"> • O programa RAcE contribuiu para a consolidação do programa nacional APE através de recursos financeiros e técnicos (KII) • Os dados dos APE ainda não estão incluídos no SISMA (apenas os dados sobre a malária, mas estão em curso discussões para vir a integrar dados gerados pela aplicação UpScale (KII) • O módulo de supervisão APE ainda não está integrado na formação pré-serviço (KII) • Os subsídios dos APE ainda são pagos por parceiros externos (KII) 	 	<ul style="list-style-type: none"> • O programa APE continua a expandir-se com o apoio do UNICEF e do BM. Em 2017, foram formados 450 APE e está planeada a formação de mais 1.300 em 2018 (KII) • A estratégia nacional do programa APE ainda está em desenvolvimento com o apoio do UNICEF (KII) • Aplicação UpScale foi testada pelo MC em Inhambane com o apoio de financeiro externo ao programa (KII)

Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
Mudanças a nível dos resultados intermédios					
24,25, 26,27	1.1 Aumento do uso de serviços de iCCM de qualidade, em particular para a malária, pneumonia e diarreia, prestados por APE formados e supervisionados	<ul style="list-style-type: none"> Há evidências limitadas sobre o alcance da melhoria do comportamento de procura de cuidados de saúde, enquanto resultado das intervenções do programa RAcE (revisão do documentos) Os resultados em relação ao aumento do acesso, melhoria da qualidade e fortalecimento do sistema nacional de saúde foram alcançados, embora com algumas reservas (revisão de documentos) 	<ul style="list-style-type: none"> 57% das crianças com menos de 5 anos que estavam doentes foram levadas a um APE formado pelo iCCM como primeira fonte de cuidados de saúde. Um aumento de 33,9% (inquérito final) Entre os que procuraram cuidados, os APE foram a primeira fonte de prestação de cuidados para 67,4% dos pais ou encarregados de saúde. Um aumento de 40,2% (inquérito final) 78,2% dos pais ou encarregados de saúde vêem os cuidados prestados pelos APE como tratamentos de saúde confiáveis. Redução de 4,7% (inquérito final) As comunidades apontam consistentemente para os APE como primeira fonte de informação para qualquer problema relacionado com a saúde, excepto numa comunidade localizada a menos de 5 km do centro de saúde, onde os pais ou encarregados de saúde optam entre os APE e o centro de saúde como primeira fonte dependendo da doença (DG) 		<ul style="list-style-type: none"> O conflito armado entre o governo e a oposição causou perturbações no sistema de transportes no centro e norte de Moçambique durante o primeiro semestre de 2014, a maior parte de 2015 e todo o ano 2016 Atrasos nacionais na aquisição de AL pelo Fundo Global O fornecimento de medicamentos aos centros de saúde é priorizado em relação aos kits dos APE, contribuindo para as rupturas de stock
Mudanças a nível dos resultados finais					

Mec. causal	Mudança pretendida	Evidências necessárias (Fonte)	Evidências concretas (Fonte)	Resultados e evidências	Outros factores de influência (Fonte)
28	1 Redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos nas províncias de Nampula, Manica, Zambézia e Inhambane	<ul style="list-style-type: none"> Foram fornecidos 1,85 milhões de tratamentos para a malária, pneumonia e diarreia a uma população estimada de 719.801 crianças menores de 5 anos, em 4 províncias, entre Março de 2013 e Dezembro de 2016, que representam 46% de todas as mortes de menores de cinco anos no país. Os objectivos, de acordo com o quadro de resultados, foram quase alcançados para a malária (97%), largamente ultrapassados no caso da pneumonia (244%) mas não atingidos para a diarreia (51%) 	<ul style="list-style-type: none"> Os dados de nível comunitário recolhidos pelo programa nacional APE mostram uma diminuição no número de mortes de menores de 5 anos reportadas por APE, nas 4 províncias, com uma clara redução entre 2014 e 2016. A diminuição é superior à média nacional (10 províncias) em Nampula, Inhambane e Manica (análise de tendência da base de dados nacional de APE 2013 a 2017) Os membros da comunidade e os profissionais de saúde de nível primário referem-se a uma diminuição nas principais doenças infantis, em particular na diarreia e na malária, desde a implementação de APE na comunidade (KII e DG) 		<ul style="list-style-type: none"> As intervenções de saúde implementadas que podem ter contribuído para a redução da mortalidade de menores de cinco anos incluem a introdução de vacinação pneumocócica e contra o rotavírus desde 2013 em todas as províncias, distribuição de mosquiteiros e campanhas de prevenção da cólera em larga escala em Nampula e na Zambézia

Anexo: Resumo Do País Moçambique

REFERÊNCIAS

1. Chilundo B. et al (2015). Relaunch of the official community health worker programme in Mozambique: is there a sustainable basis for iCCM policy? In: 'Health Policy and Planning', 30, 54-64.
2. MISAU (2006). Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique. Maputo.
3. MISAU (2010). Pontos Chave para a Implementação do Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs).
4. MISAU (2010). Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares. Maputo.
5. MISAU (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Maputo.
6. OMS (datas múltiplas). Três comunicações de acordos de subvenção e uma extensão assinadas com a SC (Abril 2013, Junho 2014, Setembro 2016, Junho 2017)
7. Save the Children and Malaria Consortium (2012). Rapid Access Expansion Program (RACe) 2015. Strengthening integrated Community Case Management (iCCM) of malaria, pneumonia and diarrhoea for children in Mozambique.
8. MISAU/INE (2011). Moçambique. Inquérito Demográfico e de Saúde. Maputo.
9. MISAU/INE (2012). Estatísticas e Indicadores Sociais 2012-2013. Maputo.
10. WHO Global Health Expenditure Database (accessed 02/02/2018).
11. MISAU/INE (2015). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). Relatório de Indicadores Básicos. Maputo.
12. MISAU/INS (2015). Caracterização da Carga de Trabalho dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs) nas Províncias de Inhambane e de Nampula, 2014. Maputo.
13. Coelho H, Nassivila SA (2015). Data quality assessment: RACe 2015 Mozambique final report.
14. Coelho H, Swor M, Nassivila SA (2016). Data quality assessment: Save The Children and Malaria Consortium final report.
15. Guenther T, et al. (2017). Contribution of community health workers to improving access to timely and appropriate case management of childhood fever in Mozambique. Journal of global health, vol 7, no 1, 2017. doi: 10.7189/jogh.07.010402.
16. Save the Children (2017). Quality of sick child case management provided by Agentes Polivalentes Elementares (APEs) Mozambique. Maputo.
17. Save the Children (2017). Annex A: Estimated population data RACe provinces. (average calculation by author).
18. MISAU/National APE programme (multiple dates). Nacional base de dados dos APEs. (calculations by the author)
19. Save the Children (2017). Annex D: Central APE database.
20. UNDP (2016). Human Development Report 2016.
21. ICF (2017). Final Evaluation Report: Save the Children Mozambique.
22. ICF (2017). Endline Survey Final Report: Save the Children Mozambique.

INFORMANTES-CHAVE

AMISSE, Rui Arthur	APE, Rapale (Nampula)
ARSENE, Maria Isabel	APE, Maxixe (Inhambane)
ARTHUR, Catarina Heitora	Coordenadora Distrital de APE, MISAU, SDSMAS Rapale (Nampula)
AUGUSTO, Anja	APE, Ribaué (Nampula)
BARADAS, Americas	Director de Saúde Pública, MISAU, DPS Nampula
BRANCO, Ana Cristina Castelo	Assistente Técnico (anterior gestora de projecto do MC e do programa RAcE), CHAI
BRITO, Federico (Skype)	Especialista em Saúde e Intervenções na Comunidade, UNICEF
CANDIDO, José Afonso	APE, Ribaué (Nampula)
CARDOZA, Jaquisone José	APE, Rapale (Nampula)
CARLOS, Samuel Filipe	Médico-chefe, MISAU, Centro de Saúde do Distrito de Rapale (Nampula)
CASIMIRO, Sónia	Funcionário do programa para a malária da OMS (anterior gestor do programa RAcE para MC)
CHAMBISSSE, Helena	APE, Panda (Inhambane)
CHICHANA, Manuel	APE, Panda (Inhambane)
COMÉ, Rosalia Manuel	Supervisora de APE, MISAU, Centro de Saúde de Maxixe (Inhambane)
COSSA, Humberto	Especialista Sênior do Sector da Saúde, Banco Mundial
CUAMBE, Manuel	APE, Panda (Inhambane)
CUMBA, David Gustavo	Coordenador Distrital de APE, MISAU, SDSMAS Panda (Inhambane)
DE CARVALHO, Eva	Ponto de foco do programa RAcE, OMS
DIMANDE, Stélio (Skype)	Advisor de Saúde Comunitária (anterior Director do Programa Nacional APE) MCSP
GUAMBE, Adolfo	Coordenador Provincial de APE, MISAU, DPS Inhambane
ISMAEL, Eder	Coordenador Técnico do programa RAcE em Inhambane, Malaria Consortium
JOÃO, Adelino	Coordenador Distrital de APE, MISAU, SDSMAS Ribaué (Nampula)
JOAQUIM, Bernado	APE, Ribaué (Nampula)
JOSÉ, Baciano	APE, Rapale (Nampula)
LUIS, Dinis	Director-adjunto DPS, MISAU, DPS Inhambane
LUIS, Estelio	Coordenador Provincial de APE, MISAU, DPS Nampula
MAGAMO, Raquelina	APE, Panda (Inhambane)
MANGAULA, Edna Da Graça	APE, Maxixe (Inhambane)
MATIMBE, Celeste Manuel	APE, Maxixe (Inhambane)
MATSINHE, Elisa	APE, Panda (Inhambane)
MATUA, Valeriano	APE, Ribaué (Nampula)
MOCHIMULA, J.Afonso	Supervisor de APE, MISAU, Centro de Saúde de Chocas-Mar (Nampula)
MUANDO, Elsa	APE, Maxixe (Inhambane)
NAMALIA, Abilio Marselina	APE, Ribaué (Nampula)
RODRIGUES, Humberto	Director, Programa Nacional de APE do MISAU
SALIMO, Justin	Supervisor de APE, MISAU, Centro de Saúde de Ribaué (Nampula)
SALVADOR, Hernilada	APE, Maxixe (Inhambane)
SIMANGO, Joaquim Vasco	Funcionário de M&A, Programa Nacional de APE do MISAU
SITOE, Daniel	APE, Panda (Inhambane)
SMITH, Marla	Líder de Equipa de Saúde e Nutrição, Save the Children
STREAT, Elizabeth	Coordenadora Técnico do País, Malaria Consortium
TANGUE, Armando Bernardo	Supervisor de APE, MISAU, Centro de Saúde de Panda (Inhambane)
ZAQUE, Maria Vitoria	APE, Maxixe (Inhambane)
ZUALO, Pascoa	Director, Programa de SMI do MISAU

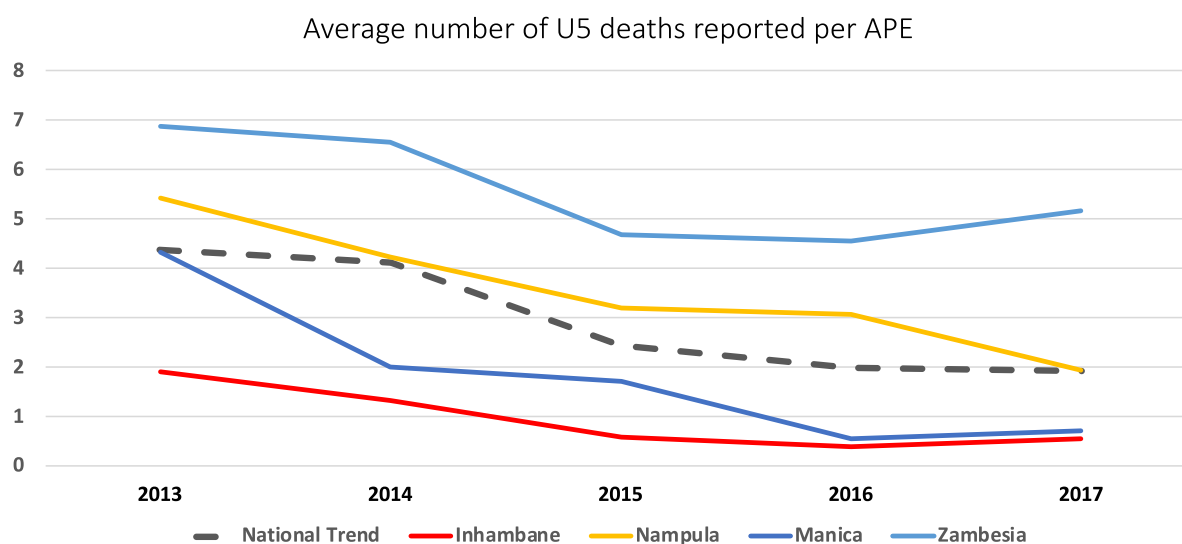
MORTES INFANTIS REPORTADAS POR APE A NÍVEL NACIONAL E NAS PROVÍNCIAS DO PROGRAMA RACÉ

A base de dados nacional de APE regista o número de mortes de menores de cinco anos relatadas pelos APE, todos os meses, desde 2012 a 2017. Embora haja preocupações sobre a qualidade dessa base de dados, estes são os únicos dados alternativos que podem ser usados para corroborar uma possível redução na mortalidade infantil. Além disso, assume-se que não houve grandes alterações na qualidade dos dados em relação a este indicador específico entre 2012 e 2017.

Os dados estão disponíveis para todas as províncias relativos ao período de 2012 a 2017. No âmbito desta avaliação, focámo-nos na média nacional e anual das quatro províncias do programa RACÉ entre 2013 e 2017. Incluímos o ano de 2017 de forma a verificar se poderia ser observada alguma diferença após o final do programa RACÉ.

O número de APE aumentou gradualmente em todas as províncias no período em análise. Os dados sobre o número de pessoas atendidas por cada APE não estão disponíveis de forma consistente. Nem todos os APE reportaram todos os meses, mas a base de dados fornece o número de APE que enviaram relatórios. Isto permite o cálculo do número médio de mortes de infantis relatadas pelos APE activos em todas as dez províncias. O número diminuiu em todas as províncias, indicando uma redução contínua da morte infantil nas comunidades. Os motivos podem incluir o programa APE, mas também podem incluir outros programas de saúde, como a imunização ou a distribuição de redes mosquiteiros. Estes podem também reflectir alterações sociais ou ecológicas. De forma a ajustar todos os factores não relacionados com as intervenções do programa RACÉ, comparámos a redução percentual na mortalidade infantil reportada pelos APE nas quatro províncias do programa RACÉ, com a estatística nacional relativa a todas as 10 províncias.

Média de mortes reportada por APE					
Ano	10 províncias	Inhambane	Nampula	Zambézia	Manica
2013	4,38	1,90	5,42	6,89	4,34
2014	4,11	1,32	4,22	6,55	2,01
2015	2,43	0,59	3,21	4,70	1,72
2016	2,00	0,40	3,07	4,57	0,56
2017	1,91	0,56	1,95	5,18	0,71
% de alteração 2013-17	-56%	-71%	-64%	-25%	-84%



A análise sugere que o programa RAcE contribuiu para uma redução acelerada da mortalidade infantil acima das taxas nacionais de redução em Inhambane e Manica. Em Nampula, o contributo do programa RAcE é confundido com as tendências seculares nacionais e, na Zambézia, os resultados foram inferiores à tendência nacional.

Foi usada uma amostragem de várias fases para garantir a representatividade e viabilidade logística. A equipa de avaliação só pôde visitar duas províncias. Nampula e Inhambane foram as províncias seleccionadas, com base nos seguintes critérios:

- Modelos de implementação utilizados: o MC e a SC usaram modelos de implementação diferentes. O MC operou apenas em **Inhambane**, por isso esta província foi seleccionada.
- Cobertura da implementação: a SC implementou o projecto nas outras três províncias. **Nampula** registou a maior cobertura em termos do número de distritos e número de crianças menores de cinco anos e foi, por isso, seleccionada para a visita ao terreno.

Foram amostrados dois distritos em cada província. Para chegar à amostra, os distritos foram estratificados de acordo com os seguintes critérios:

- Participação de APE femininas versus masculinos. Em todos os distritos, a percentagem de APE femininas e masculinos activos foi calculada com base no Anexo D do Relatório Cumulativo Final (base de dados Central de APE). Os distritos foram estratificados da seguinte forma:

% de APE femininas	# de distritos em Nampula	# de distritos em Inhambane
Superior a 40%	2	8
Inferior a 25%	13	2

- Em Nampula, a estratificação adicional baseou-se na geografia, de forma a ter em conta as diferenças entre os distritos costeiros e interiores.
- Em Inhambane, a estratificação baseou-se na representatividade dos grupos étnicos Bitonge e Chope.
- Finalmente, a distância e a logística foram tidas em consideração para identificar os dois distritos seguintes em cada província:

Nampula	Ribaué (0% de APE femininos, distrito interior e a +/- 1 hora de carro de Nampula) Mossuril (42% de APE femininos, distrito costeiro e a +/- 2 horas de carro de Nampula)
Inhambane	Maxixe (21% de APE femininos, de maioria Bitonga, a <1 hora de carro de Inhambane) Inharrime (54% de APE femininos, de maioria Chope, a +/- 2 horas de carro de Inhambane)

Para a amostragem das comunidades, foi fornecido apoio por parte da DPS e pelo coordenador distrital de APE. Foram realizadas as seguintes actividades em cada distrito:

- Uma reunião com a direcção de saúde do distrito e o coordenador distrital de APE sediado no hospital distrital.
- Uma discussão de grupo com 4 a 6 APE num centro de saúde e uma entrevista com o supervisor dos APE
- Uma ou mais discussões de grupo com os membros da comunidade, incluindo membros do comité de saúde da comunidade, líderes locais e mães e pais com filhos menores de 5 anos.