

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

Sumário Executivo

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

SUMÁRIO EXECUTIVO

CONTEXTO DA INICIATIVA RAcE

1. O manejo Integrado de casos na Comunidade (iCCM) refere-se aos cuidados de saúde prestados por agentes comunitários de saúde (ACS) a crianças com acesso limitado a unidades de saúde. Geralmente compreende o diagnóstico e tratamento para a diarreia, malária e infecções respiratórias para crianças com idades entre os 2-59 meses, mas também pode incluir o diagnóstico e tratamento da desnutrição aguda, cuidados neonatais e intervenções para a promoção da saúde e prevenção de doenças.
2. A Iniciativa de Expansão do Acesso Rápido (RAcE) foi financiada pelo Governo do Canadá em 2012 com uma verba de 75 milhões de dólares canadenses, ao longo de seis anos, para o Programa Global contra a Malária da OMS (GMP), com vista a aumentar a cobertura dos serviços de iCCM de forma a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde e gerar evidências para informar as recomendações políticas e orientações da OMS sobre o iCCM.
3. Ao abrigo da Iniciativa, a OMS forneceu subvenções renováveis a cinco actores não estatais para implementar seis programas de iCCM em cinco países, em cooperação com as autoridades nacionais e subnacionais. Dois desses países, o Malawi e Moçambique, já tinham serviços de iCCM estabelecidos que os programas RAcE pretendiam fortalecer. Nos outros três países, República Democrática do Congo (RDC), Níger e Nigéria, o programa RAcE introduziu serviços de iCCM em regiões onde estes não existiam. A iniciativa RAcE distinguiu-se de outros programas de iCCM financiados internacionalmente através do objectivo de alcançar a cobertura universal de saúde (CUS) para todas as crianças que vivem em áreas de difícil acesso, dentro dos limites geográficos seleccionados. O número de crianças alcançadas foi estimado em 1,9 milhões.

PROPÓSITO DA AVALIAÇÃO, OBJECTIVOS, ÂMBITO E METODOLOGIA

4. A avaliação da Iniciativa RAcE foi implementada pela **hera**, uma empresa de consultoria sediada na Bélgica, contratada pelo Gabinete de Avaliação da OMS. Os dados foram recolhidos entre 1 de Novembro de 2017 e 28 de Fevereiro de 2018. O âmbito da avaliação foi definido através de cinco áreas de investigação indicativas:
 - 1) A medida em que a concepção original da Iniciativa RAcE respondeu às necessidades e prioridades das principais partes interessadas nos sistemas nacionais de saúde e esteve de acordo com as estratégias nacionais de saúde.
 - 2) A medida em que a Iniciativa RAcE, através de actividades a nível nacional, em combinação com actividades de pesquisa operacional, contribuiu para melhorar a utilização de artigos e produtos de saúde essenciais, necessários para diagnosticar e tratar as principais causas de morte entre os menores de cinco anos nos países abrangidos pelo programa.

A medida em que a Iniciativa RAcE contribuiu para uma política e ambiente regulatório em apoio ao iCCM enquanto componente chave da prestação de serviços de saúde.
 - 3) A medida em que as mudanças avaliadas na cobertura do tratamento de iCCM e as mudanças na taxa de mortalidade infantil nas áreas do programa RAcE identificadas nas avaliações conduzidas pela ICF, bem como as potenciais contribuições de RAcE para quaisquer mudanças, podem ser corroboradas de forma independente.
 - 4) A medida em que a Iniciativa RAcE contribuiu para os resultados no âmbito da dimensão da igualdade de género.

5. A avaliação cobriu os seis programas financiados no âmbito da Iniciativa RAcE através de visitas ao terreno e da preparação de resumos nacionais para cada um dos cinco países do programa. Como preparação para as missões nos países, a equipe de avaliação realizou uma revisão bibliográfica de estudos e relatórios recentes sobre o iCCM realizados sobre os cinco países do programa.

6. A avaliação utilizou uma abordagem metodológica qualitativa, usando uma combinação de Análise de Contribuição (CA) e Identificação de Processos (PT), atribuindo uma probabilidade prévia de ocorrência de um impacto e testando-o, de forma a determinar posteriormente a probabilidade à luz de novas evidências. A concepção da avaliação incluiu o desenvolvimento de um quadro de Teoria geral da Mudança (ToC) post-hoc e a preparação de uma matriz de avaliação incluindo questões de avaliação, pressupostos, indicadores, fontes e ferramentas de recolha de dados e uma cadeia de raciocínio, associando a questão de avaliação à ToC. Os dados foram recolhidos através de revisões de documentos, entrevistas com informantes-chave (KIs) e discussões de grupo (DG). As ferramentas de recolha de dados foram pré-testadas durante uma missão inicial ao Estado do Níger, na Nigéria. Os dados dos inquéritos aos agregados familiares da linha de base e inquérito final realizados pelos parceiros de implementação foram utilizados ao longo da avaliação como evidência dos resultados do programa, triangulados com dados de KIs, DG e com a revisão de documentos e bases de dados.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES

7. A Iniciativa RAcE mostrou que o iCCM pode preencher lacunas importantes nas estratégias nacionais de cobertura universal de saúde, através da criação do acesso a serviços de saúde essenciais para crianças que precisam de tratamento oportuno para a malária, diarreia e infecções respiratórias agudas, mas que não têm acesso fácil às unidades de serviços primários de saúde. O iCCM é uma contribuição eficaz para a sobrevivência infantil quando é aplicado para superar as barreiras geográficas no acesso aos cuidados de saúde. Os serviços são muito apreciados pelos pais ou cuidadores da família das crianças. A chave para a eficácia do iCCM é a sua ligação com os componentes básicos dos sistemas de saúde, particularmente:

- o fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade
- um quadro de recursos humanos para a saúde que inclui ACS
- um sistema de gestão da informação de saúde (SISMA) que inclui dados ao nível da comunidade
- a integração do iCCM no quadro nacional de financiamento da saúde
- envolvimento efectivo da comunidade e criação de procura

8. Os serviços de iCCM, tal como foram prestados no âmbito da Iniciativa RAcE, são altamente dependentes de financiamento internacional, o que constitui a maior ameaça à sua sustentabilidade. Em contraste com os serviços prestados em unidades de saúde que podem mitigar os períodos de rupturas de stock de medicamentos ou de obstáculos ao financiamento, os serviços de iCCM são vulneráveis a interrupções no fornecimento de medicamentos e na supervisão, pois não dispõem de alternativas para as mitigar.

9. Apesar dos muitos anos de experiência na implementação do iCCM, continuam a existir lacunas significativas no conhecimento, particularmente no contexto africano. Foram realizados mais estudos sobre as modalidades e a eficácia do iCCM na Ásia, e existe a necessidade persistente de validação desta evidência em África. É necessário gerar conhecimento adicional nas seguintes áreas:

- O estatuto, os incentivos e a motivação dos ACS
- Abordagens eficazes para o envolvimento da comunidade no apoio ao iCCM
- Igualdade de género na oferta e procura de serviços comunitários de saúde

10. Embora a Iniciativa RAcE tenha gerado evidências qualitativas de que o iCCM tem impacto na redução da mortalidade infantil, a avaliação concluiu que esse impacto não poderia ser estimado através da aplicação de modelos epidemiológicos, porque não estavam disponíveis dados que permitissem a modelação fiável. Estes só serão disponibilizados quando houver melhorias significativas no registo civil nacional e nos sistemas de estatísticas vitais e nos sistemas de informação de saúde da comunidade.

A INICIATIVA RAcE RESPONDEU ÀS NECESSIDADES E PRIORIDADES DAS PRINCIPAIS PARTES INTERESSADAS NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE E ESTAVA ALINHADA COM AS ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE SAÚDE?

11. A Iniciativa RAcE estava bem alinhada com as políticas e estratégias nacionais de saúde em todos os cinco países abrangidos pelo programa. Os ministérios da saúde estiveram estreitamente envolvidos na concepção e planeamento dos programas RAcE, incluindo na selecção de regiões e comunidades que receberam serviços. Apoiados pelos Escritórios Nacionais da OMS, os ministérios da saúde lideraram os fóruns de coordenação e os grupos de trabalho técnico sobre o iCCM em todos os países e tiveram a responsabilidade primária de assegurar a complementaridade e coordenação dos programas de iCCM apoiados por parceiros internacionais.

12. A Iniciativa RAcE demonstrou que o iCCM complementa os esforços nacionais para alcançar a cobertura universal de saúde ao atingir um grande número de crianças que não têm acesso a unidades de saúde. As limitações encontram-se em regiões com baixa densidade populacional, onde algumas comunidades são tão remotas que nem sequer são alcançadas através dos serviços de iCCM. Em todos os cinco países do programa, uma proporção significativa de pais ou cuidadores de família alterou o seu padrão de procura de cuidados passando a consultar os ACS. No entanto, em algumas áreas do programa, os prestadores de serviços públicos e privados já forneciam um nível relativamente alto de acesso aos cuidados de saúde, embora de qualidade incerta. Nestes casos, o acesso global aos cuidados de saúde não aumentou ou só registou um aumento marginal. As limitações no acesso a estas áreas de programa não se devem principalmente à distância geográfica, mas sim ao custo e à forma como a qualidade dos serviços era percebida pelas populações. Nestes contextos, o iCCM pode não ser a única solução viável para aumentar o acesso. Existem outras opções para reduzir os custos para os utentes e aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

A INICIATIVA RAcE CONTRIBUIU PARA MELHORAR A UTILIZAÇÃO DE PRODUTOS DE SAÚDE ESSENCIAIS PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS NOS PAÍSES ABRANGIDOS PELO PROGRAMA?

13. A capacidade nacional para implementar o iCCM foi fortalecida em todos os programas através da colaboração dos Escritórios Nacionais da OMS com os ministérios da saúde a nível nacional e do apoio operacional dos níveis descentralizados do governo por parte dos actores não estatais contratados. O programa RAcE contribuiu para o desenvolvimento ou revisão de estratégias, directrizes e ferramentas em todos os países. Foram estabelecidos ou melhorados os sistemas e ferramentas de relatório dos ACS e os programas apoiaram o fluxo de dados do nível da comunidade para o nível distrital, através da acção dos supervisores. As várias auditorias à qualidade dos dados confirmaram uma crescente qualidade das informações transmitidas. Os dados de saúde ao nível da comunidade já estavam integrados no SISMA nacional no Malawi e parcialmente integrados em Moçambique. Este resultado não foi alcançado nos outros programas, embora tenha sido observado algum progresso.

14. Os sistemas nacionais de aquisição e gestão de fornecimentos (PSM) para o iCCM foram utilizados total ou parcialmente em todos os países, excepto no Malawi, onde foi mantido um sistema paralelo durante o período do programa. Em Moçambique, os sistemas nacionais de PSM foram

utilizados desde o início, enquanto nos outros programas houve uma transferência gradual de responsabilidade para o PSM nacional, combinada com algum fortalecimento da capacidade das instituições nacionais. Todos os programas experienciaram algumas rupturas de stock de medicamentos. Apenas foram relatadas rupturas de stock prolongadas durante longos períodos em Moçambique e na RDC, mas estas também foram reportadas pelos outros programas no final do programa RAcE.

15. Os programas da Iniciativa RAcE alcançaram mais do dobro do número previsto de 750.000 crianças por ano, com quase oito milhões de consultas realizadas pelos ACS apoiados pelo RAcE durante o período do programa. As avaliações da qualidade dos cuidados prestados que estavam disponíveis em quarto dos programas indicaram que entre 48 e 55 por cento das crianças foram avaliadas e tratadas para todas as doenças, de acordo com os padrões de um observador clínico. Nas DG comunitárias, os pais ou cuidadores da família expressaram universalmente um alto nível de satisfação com os serviços prestados pelos ACS.

16. O iCCM faz parte da prestação de serviços dos sistemas de saúde. A prestação de serviços de saúde eficaz requer a prestação de cuidados de forma contínua, e o iCCM eficaz requer um serviço de saúde de referência de primeiro nível, adequado para crianças que não podem ser tratadas por ACS. Várias das propostas programáticas realizadas por actores não estatais incluíram planos para fortalecer a capacidade das unidades de serviços primários de saúde, mas estes não foram plenamente implementados. Vários supervisores distritais, em vários programas, observaram que os ACS apresentam frequentemente um melhor desempenho na adesão aos algoritmos de diagnóstico e tratamento do que os funcionários das unidades de serviços primários de saúde. A escassez de medicamentos nos centros de saúde foi uma queixa comum nas DG comunitárias. Em três das revisões do programa, os intervenientes mencionaram que havia crianças doentes a ser encaminhadas pelos funcionários dos centros de saúde para os ACS por não haver medicamentos disponíveis nos centros de saúde.

17. A Iniciativa RAcE atingiu a meta de formar e apoiar 7.500 ACS. Foram formados cerca de 8.900 ACS, dos quais cerca de 7.400 estavam activos no momento do encerramento do programa ou aquando da missão de avaliação. As taxas de abandono dos cargos foram mais altas na RDC, o que foi em grande medida explicado pela insegurança sentida na região do programa e as consequentes deslocações das comunidades. As formações foram realizadas de acordo com os currículos nacionais ou baseados no currículo da UNICEF/OMS 'Cuidar da criança doente na comunidade', que foi adaptado às necessidades e contextos locais. Os ACS foram supervisionados por profissionais de saúde qualificados nos centros de saúde. Todos os programas, excepto no Malawi, forneceram incentivos financeiros e, em alguns casos, bicicletas, motos ou canoas aos supervisores. Foram implementados sistemas para a supervisão dos supervisores pelas autoridades distritais de saúde e supervisões conjuntas dos ACS em todos os programas.

18. Os ACS são voluntários, excepto no Malawi, onde são funcionários assalariados do Ministério da Saúde. Foram usadas diferentes abordagens para manter a sua motivação e retenção nos vários programas RAcE, em harmonia com as políticas nacionais. Estas variaram entre o apoio estritamente material (por exemplo, fornecimento de uma bicicleta) e o pagamento de um subsídio fixo, dependente da submissão de relatórios mensais. Os ACS entrevistados em todos os programas afirmaram que as oportunidades de formação, o fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos e o reconhecimento e estatuto na comunidade eram os seus principais factores de motivação. Os subsídios e incentivos financeiros foram considerados importantes e enfatizados mais pelos ACS masculinos do que pelas femininas, mas também considerados insuficientes por todos os ACS entrevistados. Uma queixa comum era que estes não estavam ajustados à inflação nem à expansão da dimensão das tarefas

atribuídas. O apoio material ou financeiro fornecido pela comunidade (construção de casas, bicicletas, subsídios, etc.) foi promovido e monitorizado por vários programas e destacado nos relatórios anuais do programa. Vários dos ACS entrevistados reconheceram receber algum apoio, mas nenhum o considerou uma contribuição substancial para a sua motivação.

19. Os programas RAcE usaram várias abordagens para a criação de procura de serviços de iCCM que foram amplamente eficazes. Isto está documentado nos inquéritos e nas DG que confirmaram que a grande maioria dos membros da comunidade considerava os ACS prestadores de cuidados de saúde de confiança e os escolheria como primeira fonte de cuidados de saúde para uma criança doente. As estratégias de envolvimento da comunidade para promover o apoio aos ACS nas suas comunidades tiveram, no entanto, resultados mistos. Foram mencionados alguns exemplos de grande sucesso em relatórios do programa, mas as KIIs e DG conduzidas pela equipe de avaliação indicaram que estes eram excepcionais e casuais. Várias discussões comunitárias revelaram uma desconexão entre a oferta do iCCM como um serviço para a comunidade e a expectativa de que as comunidades fornecem apoio para a manutenção desse serviço.

A INICIATIVA RAcE CONTRIBUIU PARA UMA POLÍTICA E AMBIENTE REGULATÓRIO EM APOIO AO iCCM COMO COMPONENTE-CHAVE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE?

20. A Iniciativa RAcE foi implementada pela OMS através da subcontratação de actores não estatais nacionais ou internacionais, seleccionados através de uma licitação competitiva. Os resultados desta modalidade de execução do programa foram positivos e amplamente apreciados. Os Escritórios Nacionais da OMS, com o apoio do Escritório Regional e do GMP, forneceram apoio normativo para o desenvolvimento ou revisão de políticas, estratégias e ferramentas de iCCM para os governos centrais. Isto teve como resultado o progresso de todos os países em relação a uma política e ambiente regulatório mais favorável ao iCCM. Por outro lado, os actores não estatais contratados forneceram apoio operacional aos níveis descentralizados do governo. Houve um fluxo efectivo de informações entre a implementação descentralizada e o nível político central, assegurando a introdução da experiência da Iniciativa RAcE nas políticas e estratégias nacionais e no diálogo de coordenação entre parceiros.

21. No entanto, alguns informantes-chave a nível nacional e global alertaram para o facto de a abordagem de atribuição de subvenções não dever ser vista como a melhor prática universal, mas sim como uma abordagem transitória a ser aplicada com base numa avaliação dos sistemas e capacidades de governos e potenciais actores não estatais parceiros de implementação.

22. Os actores não estatais parceiros de implementação, em colaboração com os ministérios da saúde, realizaram dez estudos de pesquisa operacional sobre questões que abrangiam os sistemas de supervisão dos ACS, a formação e ferramentas de recolha de dados, ou o uso da aplicação mHealth para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a recolha de dados. Alguns desses projectos de pesquisa foram concluídos no momento da recolha de dados para a avaliação e resultaram em melhorias no âmbito do programa. No entanto, os resultados finais da maioria destes estudos ainda não tinham sido divulgados ou discutidos. Estavam também ainda a ser preparados outros resultados de pesquisa e lições aprendidas com a Iniciativa RAcE por parte da OMS, para documentação. Os dados recolhidos até o final de Fevereiro de 2018 não permitiram uma avaliação completa da contribuição da Iniciativa RAcE para novos conhecimentos sobre o iCCM a nível global, regional e nacional. O trabalho do GMP nesta área está ainda em curso e espera-se que gere resultados que contribuam para mais e melhores orientações para as estruturas nacionais políticas e regulatórias em apoio ao iCCM.

23. A política nacional e o ambiente regulatório em apoio ao iCCM são factores determinantes para a sustentabilidade dos serviços. Os programas RAcE contribuíram exaustivamente para esta dimensão,

por exemplo, ao apoiar a inclusão do iCCM nas estratégias nacionais de saúde. Embora muito tenha sido alcançado nesta área, incluindo a criação de rubricas orçamentais de iCCM nos orçamentos nacionais ou subnacionais da saúde, os serviços de iCCM nos cinco países do programa continuam a ser predominantemente financiados por parceiros internacionais de desenvolvimento. A apropriação de fundos para os orçamentos do iCCM a partir de recursos nacionais foi, no mínimo, parcial e, na maioria dos países, dependente de negociações de subvenções internacionais em curso. Isto criou situações críticas de rupturas de stock de medicamentos e reduções na supervisão dos ACS, pois os programas RAcE estavam quase a chegar ao fim. Para evitar lacunas nos serviços de iCCM nas áreas do programa RAcE, foi iniciado um processo de planeamento de sustentabilidade em 2016. Este ainda estava em curso em alguns dos países no momento da avaliação. Embora o processo estruturado tenha sido muito apreciado por todos os informantes-chave a nível dos países, a maioria foi de opinião de que o facto de ter sido iniciado no último ano do programa não foi oportuno e que as lacunas de financiamento poderiam ter sido evitadas se tivesse sido desenvolvido e implementado um quadro de referência para a sustentabilidade desde o início do programa.

A AVALIAÇÃO CORROBOROU AS ALTERAÇÕES ESTIMADAS NA COBERTURA DE TRATAMENTO DO iCCM E NA MORTALIDADE INFANTIL MODELADAS PELA ICF?

24. Os dados recolhidos pela avaliação fornecem evidências de que a Iniciativa RAcE contribuiu para uma redução na mortalidade infantil. Essas evidências são baseadas em dados qualitativos recolhidos em discussões de grupo e entrevistas. Só estavam parcialmente disponíveis dados fiáveis dos centros de saúde que documentaram uma redução nos internamentos de crianças em condições graves de risco de vida num dos programas. Os inquéritos demográficos realizados após a avaliação podem fornecer evidências adicionais de redução da mortalidade infantil nas áreas do programa RAcE. A redução da mortalidade estimada com o auxílio do modelo Lives Saved Tool (LiST) não pôde, no entanto, ser corroborada. Não estavam disponíveis dados fiáveis sobre a taxa de mortalidade de referência ou sobre a cobertura específica do tratamento que sustentassem a criação de resultados-modelo credíveis. Este é a mesma constatação alcançada por uma anterior avaliação do iCCM de vários países, realizada em 2014.

A INICIATIVA RAcE CONTRIBUIU PARA O ALCANCE DE RESULTADOS NO ÂMBITO DA IGUALDADE DE GÉNERO?

25. A Iniciativa RAcE não cumpriu os seus compromissos de integração da dimensão de igualdade de género. A avaliação não encontrou evidências da realização de uma análise de género em nenhum dos programas, nem de adopção activa da integração da igualdade de género. Os indicadores nos relatórios trimestrais de desempenho que pediam dados discriminados por sexo em todos os programas, excepto na RDC, foram consistentemente ignorados. As causas das diferenças no acesso ao tratamento observadas nos inquéritos da linha de base e inquérito final não foram analisadas. As baixas taxas de alfabetização das mulheres em áreas rurais foram uniformemente citadas como sendo a única razão das dificuldades no recrutamento das ACS femininas. Contudo, nas entrevistas, foram mencionadas muitas outras razões relacionadas com as relações de género nas comunidades. Para além dos encorajamentos às comunidades para indicarem ACS femininas, não foi explorada nenhuma análise ou abordagem para discutir estas questões. Os resultados da ausência geral de sensibilização para o género no âmbito da Iniciativa RAcE espelham os resultados da revisão de literatura, que praticamente não encontrou debates sobre questões de género.

26. A avaliação da Iniciativa RAcE gerou quatro recomendações-chave para a OMS

Recomendação 1. Tendo em conta que os serviços de iCCM estabelecidos no âmbito da Iniciativa RAcE são ameaçados por lacunas no financiamento, a OMS deve tomar medidas imediatas para assegurar que os progressos alcançados com a Iniciativa RAcE não são perdidos, da seguinte forma:

- Trabalhar com os governos parceiros na avaliação das possíveis lacunas de financiamento para o iCCM nas áreas do programa RAcE e assistir os ministérios da saúde na mobilização de recursos para assegurar que os serviços estabelecidos nessas áreas continuam sem interrupção.

Recomendação 2. Considerando a eficácia da implementação da Iniciativa RAcE através de contratos de subvenção assinados com actores não estatais, a OMS deve:

- Incluir a implementação de programas através de actores não estatais como uma possível opção alternativa à abordagem estabelecida de apoio à implementação directa dos governos, com base numa análise contextual e numa avaliação da capacidade de potenciais futuros parceiros do programa, governamentais e actores não estatais.

Recomendação 3. Considerando que a Iniciativa RAcE gerou novas evidências sobre a implementação do iCCM como uma intervenção dos sistemas de saúde para o alcance da cobertura universal de saúde, que ainda não está, contudo, totalmente documentada e divulgada, a OMS deve:

- Consolidar e divulgar as lições aprendidas com a RAcE e aplicá-las em consulta com os parceiros técnicos para actualizar as orientações para ‘Cuidar da Criança Doente na Comunidade’ que estão actualmente integradas no manual de planeamento usado por múltiplas agências chamado ‘Cuidar de Recém-Nascidos e Crianças na Comunidade’
- Iniciar acções para colmatar lacunas de conhecimento persistentes, da seguinte forma:
 - Apoiar a pesquisa de forma a compreender melhor o papel e a eficácia das estratégias de envolvimento da comunidade para o iCCM, incluindo uma avaliação do papel da comunidade em contribuir para a motivação e retenção dos ACS.
 - Conduzir, em colaboração com os parceiros interessados, uma revisão sistemática das questões de igualdade de género na oferta e procura de iCCM em diferentes contextos sociais e culturais.

Recomendação 4. Considerando que a Iniciativa RAcE sublinhou o papel dos serviços de iCCM no desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde para o alcance da cobertura universal de saúde, a OMS deve concentrar o seu apoio técnico e programático para o iCCM nos ministérios da saúde e parceiros de desenvolvimento a nível nacional da seguinte forma:

- Direcção dos serviços de iCCM para comunidades rurais remotas localizadas a grande distância das unidades de saúde e analisar todas as opções possíveis em cada caso, para assegurar que as crianças têm acesso oportuno a cuidados de saúde de qualidade, incluindo opções alternativas ao iCCM, caso existam.
- Integrar de forma efectiva o apoio do programa ao iCCM num sistema de continuidade de cuidados de saúde, garantindo que as unidades de saúde de referência de primeiro nível para os ACS têm a capacidade de fornecer serviços de qualidade acessíveis e economicamente alcançáveis para as crianças encaminhadas.
- Assegurar que os sistemas nacionais estão implementados de forma a gerir o fornecimento ininterrupto de medicamentos e produtos para o iCCM ao nível da comunidade ou que o apoio à programação do iCCM é acompanhado pelo apoio ao desenvolvimento desses sistemas nacionais.

- Defender a inclusão de ACS no quadro nacional de recursos humanos para a saúde como uma força de trabalho assalariada ou, quando isso não for aceite pelos governos, como um quadro de voluntários com um nível mínimo fixo de subsídios e incentivos que seja proporcional à dimensão dos serviços esperados.
- Apoiar o desenvolvimento e implementação de registos civis e sistemas de estatísticas vitais de qualidade, assim como a integração de dados de saúde fiáveis do nível da comunidade nos sistemas nacionais de gestão da informação de saúde, de forma a gerar informações válidas sobre o impacto do iCCM na redução da mortalidade infantil.
- Assegurar que o financiamento dos serviços de iCCM (de fontes nacionais ou internacionais) está efectivamente integrado na estrutura nacional de financiamento da saúde, tendo em consideração que os serviços de iCCM colapsam facilmente quando há lacunas de financiamento que interrompem a supervisão e o fluxo de artigos.

LIÇÕES-CHAVE PARA OS PARCEIROS GOVERNAMENTAIS DA INICIATIVA RACÉ

27. A avaliação foi baseada em dados recolhidos ao nível dos programas, mas não avaliou individualmente o programa de cada país. Embora as recomendações da avaliação sejam direccionadas à OMS, há várias lições que podem ser aplicadas pelos governos parceiros da Iniciativa RACÉ. A Iniciativa demonstrou que o iCCM é um componente consolidado de uma estratégia de cobertura universal de saúde em países com populações que vivem fora do alcance das unidades de serviços primários de saúde. Como tal, o iCCM deve ser tratado como parte integrante do sistema nacional de saúde, o que requer dos governos:

- 1) Avaliar a viabilidade, eficiência e eficácia de todas as opções para aumentar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, incluindo através do iCCM, tendo em consideração que o acesso oportuno aos cuidados de saúde é fundamental para a sobrevivência infantil. Os serviços de iCCM devem ser direccionados a comunidades onde as restrições de prestação de serviços das unidades de saúde não podem ser superadas através dos recursos e meios disponíveis.
- 2) Assegurar que o fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos de qualidade para o nível da comunidade é parte integrante dos sistemas nacionais de aquisição, gestão e planeamento de fornecimentos. Os serviços de iCCM só podem funcionar quando existe um fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos nos serviços de saúde ao nível da comunidade.
- 3) Reconhecer que os ACS fazem parte da força de trabalho nacional de saúde. A opção de ACS assalariados pode não ser viável ou aceitável para todos os países. Contudo, os trabalhadores voluntários também precisam de ter um apoio financeiro proporcional aos serviços prestados e ao esforço que lhes é associado. Uma situação em que os incentivos e subsídios são negociados separadamente para cada projecto de saúde internacional não é propícia a manter um quadro estável de voluntários de iCCM. A supervisão dos ACS também deve ser incluída no planeamento nacional de recursos humanos.
- 4) Assegurar que existem sistemas e mecanismos funcionais para introduzir os dados do iCCM no sistema nacional de gestão da informação de saúde. Os serviços de iCCM fazem parte da prestação de serviços nacionais de saúde e só podem ser planeados e dotados de recursos quando forem disponibilizados dados de monitorização fiáveis no mesmo nível e plataforma, e no mesmo formato que para os demais serviços de saúde.
- 5) Integrar o custo da prestação de serviços de iCCM na estrutura nacional de financiamento da saúde e nas estimativas orçamentais e assegurar que o iCCM recebe a mesma atenção na

orçamentação e financiamento por parte de fontes nacionais e internacionais que os outros serviços de saúde prioritários.

- 6) Analisar, com base nos serviços prestados e no contexto social, se os serviços de iCCM são melhor fornecidos pelos ACS masculinos ou femininas, ou se requerem a presença de dois ACS de ambos os sexos. Analisar quaisquer restrições de género no recrutamento dos ACS, tais como a existência de níveis diferenciados de educação ou discriminação sistémica de género, e desenvolver estratégias para os superar.