

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

Volume 1: Relatório de Síntese

Avaliação corporativa
encomendada pelo
Gabinete de Avaliação da
OMS

Maio de 2018



Global Affairs
Canada Affaires mondiales
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



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 das 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

AGRADECIMENTOS

A avaliação sumativa da Iniciativa da Expansão do Acesso Rápido da OMS foi conduzida pela equipe **hera** de Alice Behrendt, Josef Decosas, Marieke Devillé e Ingeborg Jille-Traas, em nome do Gabinete de Avaliação da OMS.

Durante as missões nos países, juntaram-se à equipe Abdou Mukalay na RDC, John Phuka no Malawi, Sandra Manuel em Moçambique, Mahamane Karki no Níger e Vivian Shaahu na Nigéria.

A garantia de qualidade do relatório foi fornecida por Leo Devillé.

hera agradece aos parceiros do programa RAcE que apoiaram as missões nos países, a todos os informantes-chave e participantes das discussões de grupo que dedicaram o seu tempo a responder a perguntas e a enriquecer as informações que a equipe de avaliação recolheu sobre a Iniciativa RAcE, e ao Grupo de Gestão da Avaliação por facilitar os intercâmbios com os Escritórios Nacionais da OMS e orientar a avaliação em curso.

LINGUAGEM E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Para distinguir entre a subvenção atribuída pelo Canadá ao Programa Global da Malária da OMS e os programas implementados em cinco países ao abrigo desta, o termo ‘iniciativa’ é usado quando se refere à subvenção e o termo ‘programa’ quando se refere aos programas de implementação levados a cabo nos cinco países.

O documento do acordo de subvenção entre o Canadá e a OMS refere-se aos parceiros da Iniciativa RAcE contratados através de subvenções como ‘organizações da sociedade civil’ (OSC). Contudo, esta designação é entendida de forma diferente em alguns países do programa, nos quais não inclui organizações não-governamentais internacionais. Para captar todos parceiros de implementação envolvidos e evitar qualquer mal-entendido ao nível dos países, é usado o termo ‘actores não estatais’.

A recolha de dados para a avaliação foi concluída a 28 de Fevereiro. A maioria dos estudos de pesquisa operacional realizados no âmbito das Iniciativas RAcE ainda não tinham sido documentados, as actividades relacionadas com o planeamento de sustentabilidade ainda estavam em curso em alguns programas e ainda não estavam disponíveis os novos dados, recolhidos através de inquéritos demográficos como o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) do Níger, de 2017. Quaisquer dados ou informações disponibilizados após Fevereiro de 2018 não puderam ser considerados na análise.

ABREVIATURAS

AC	Análise de Contribuição
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACT	Terapia Combinada à base de Artemisina
AIDI	Atenção Integrado de Doenças da Infância
CBMNCH	Saúde Materna, Neonatal e Infantil baseada na Comunidade (pacote no Malawi)
CCMm	Manejo de Casos de Malária na Comunidade
CHAI	Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde
CIR	Comité Internacional de Resgate
cStock	Sistema de gestão de fornecimentos suportado por telemóvel (Malawi)
DALY	Ano de vida ajustado em função da Incapacidade (DALY na sigla inglesa)
DG	Discussão de Grupo
DHIS2	Plataforma de gestão electrónica de informação de saúde
GAC	Ministério dos Negócios Estrangeiros do Canadá (Global Affairs Canada)
GGA	Grupo de Gestão da Avaliação
GMP	Programa Global contra a Malária (OMS)
iCCM	Manejo Integrado de Casos na Comunidade
ICF	Agência de consultoria sediada nos EUA
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IST	(OMS) Equipe de Apoio Interpaíses
KII	Entrevista com Informantes-chave
LGA	Área do Governo Local
LiST	Lives Saved Tool
M&A	Monitorização e Avaliação
MC	Malária Consórcio
mHealth	Sistema de reporte de dados de saúde suportado por telemóvel
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MS	Ministério da Saúde
NPO	(WHO) National Programme Officer
NSA	Actor Não-Estatal (Non-State Actor)
OSC	Organização da Sociedade Civil
PLA	(ferramenta de) Aprendizagem e Acção Participativa
PMF	Quadro de Monitorização do Desempenho
PMI	Iniciativa do Presidente (dos EUA) contra a Malária
PSM	Sistemas de Aquisição e Gestão de Fornecimentos
PT	Identificação de Processos (Process Tracing)
QoC	Qualidade dos Cuidados
RAcE	Expansão do Acesso Rápido
SC	Save the Children
SFH	Society for Family Health
SRO	Solução de Reidratação Oral
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido (para a malária)
TdR	Termos de Referência
TGF	Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
ToC	Teoria geral da Mudança
U5MR	Taxa de Mortalidade de Menores de Cinco Anos
WCO	Escritório Nacional da OMS
WV	World Vision

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 canadienses, 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 (KII's) 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 KII's, 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 percepcionada 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, motas 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 sustentasse 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.

RECOMENDAÇÕES

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:

- Direcionar os 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 RAcE

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 direcionadas à OMS, há várias lições que podem ser aplicadas pelos governos parceiros da Iniciativa RAcE. 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 direcionados 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.

TABELA DE CONTEÚDOS

Sumário Executivo.....	iii
Contexto da Iniciativa RAcE.....	iii
Propósito da avaliação, objectivos, âmbito e metodologia	iii
Resultados e conclusões.....	iv
Recomendações	ix
Lições-chave para os parceiros governamentais da Iniciativa RAcE	x
Introdução.....	1
Manejo Integrado de Casos na Comunidade	1
A Iniciativa RAcE	2
A Avaliação Sumativa	3
Metodologia (resumo)	5
Revisão de literatura (resumo)	8
Principais resultados e análises.....	10
Área de Investigação 1	10
Área de Investigação 2	15
Área de Investigação 3	32
Área de investigação 4	39
Área de investigação 5	44
Conclusões	50
Qual foi o resultado da Iniciativa RAcE?.....	50
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?.....	51
A Iniciativa RAcE contribuiu para melhorar a utilização de artigos de saúde essenciais para o diagnóstico e tratamento de crianças nos países abrangidos pelo programa?	52
A iniciativa RAcE contribuiu para uma política e ambiente regulatório em apoio ao iCCM como componente chave da prestação de cuidados de saúde?	53
A avaliação corroborou as alterações estimadas na cobertura de tratamento do iCCM e na mortalidade infantil modeladas pela ICF?	55
O programa RAcE contribuiu para alcançar resultados a nível da igualdade de género?	55
Lições-chave para os parceiros governamentais da Iniciativa RAcE	55
Recomendações	57
Referências.....	59

VOLUME 2: ANEXOS

1. Termos de referência
2. Metodologia
3. Revisão de literatura
4. Teoria da Mudança
5. Matriz de avaliação
6. Resultados-chave dos inquéritos da linha de base e finais do programa RAcE

7. Mapa das partes interessadas
8. Entrevistas de nível global e regional
9. Orientações para entrevistas com informantes-chave e discussões de grupo

VOLUME 3: RESUMOS DOS PAÍSES

1. República Democrática do Congo
2. Malawi
3. Moçambique
4. Níger
5. Nigéria

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Amostra do diagnóstico de iCCM e algoritmo de tratamento	1
Figura 2.	Tendências da taxa de mortalidade infantil em inquéritos e modelações estimadas.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Despesas estimadas da Iniciativa RAcE	2
Tabela 2.	Marcos da avaliação da Iniciativa RAcE.....	4
Tabela 3.	Proporção de pais ou cuidadores da família que seleccionam ACS como primeira fonte de cuidados de saúde	13
Tabela 4.	Proporção de pais ou cuidadores da família que procuraram os cuidados de prestadores de cuidados apropriados	13
Tabela 5.	ACS formados e activos	22
Tabela 6.	Número de consultas (novos casos) realizadas por ACS apoiados pela Iniciativa RAcE.....	22
Tabela 7.	Proporção de pais ou cuidadores da família que acreditam que os ACS prestam serviços de saúde de qualidade.....	25
Tabela 8.	Proporção de crianças que receberam tratamento apropriado para a diarreia	26
Tabela 9.	Proporção de crianças com febre que realizaram análises ao sangue	26
Tabela 10.	Pesquisa operacional conduzida pelos programas RAcE.....	28
Tabela 11.	Alguns indicadores de conhecimento dos pais ou cuidadores da família	31
Tabela 12.	Estimativas modeladas da redução da U5MR e desafios de modelação	40
Tabela 13.	Modelação e média calculada da alteração anual na U5MR	41
Tabela 14.	Estimativas modeladas da redução da mortalidade por causas-específicas (número de vidas salvas)	43
Tabela 15.	Proporção de ACS femininas em 2017	47

INTRODUÇÃO

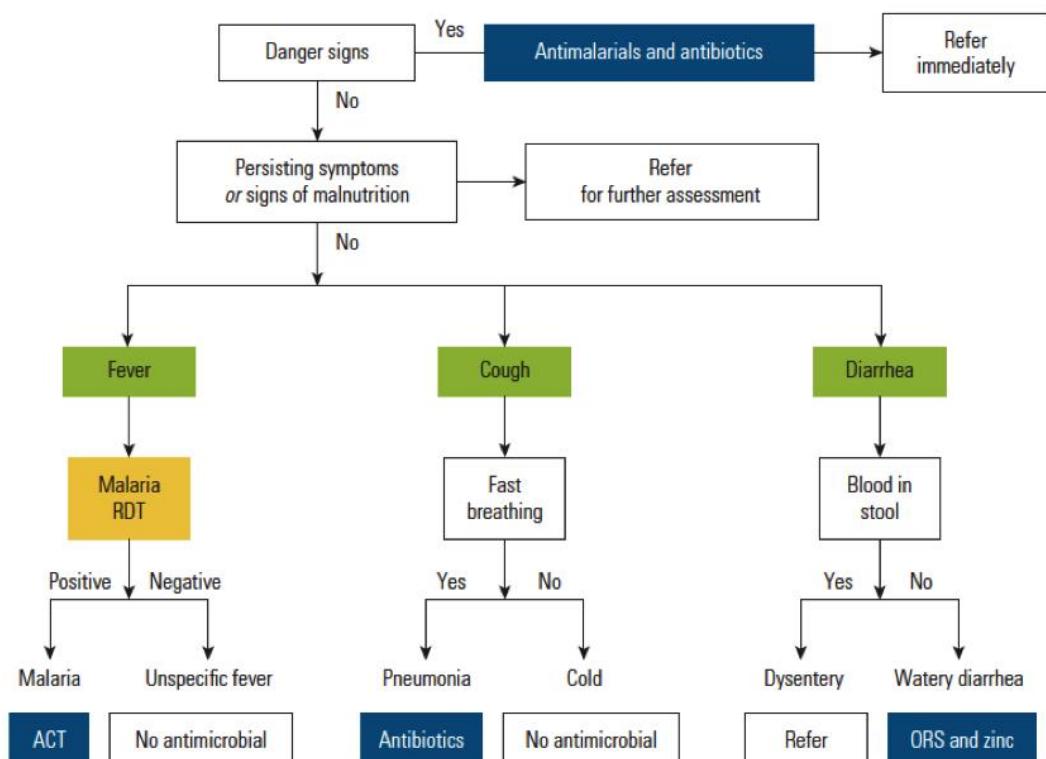
MANEJO INTEGRADO DE CASOS NA COMUNIDADE

28. O Manejo Integrado de casos na comunidade (iCCM) refere-se a cuidados de saúde prestados por agentes comunitários de saúde (ACS) a crianças com acesso limitado a unidades de saúde, que sofrem de doenças responsáveis pelo maior número de casos de doença e morte infantil em todo o mundo. Este é geralmente limitado ao tratamento da diarreia, malária e infecções respiratórias em crianças com idade entre os 2-59 meses.

29. O âmbito das tarefas delegadas aos ACS difere entre os países do programa. Em alguns países, limita-se ao diagnóstico e tratamento das três doenças referidas, entre crianças que vivem a mais de cinco quilómetros de uma unidade de saúde. A área de cobertura geográfica pode ser definida de forma mais flexível e podem ser adicionados outros serviços de tratamento e prevenção, por exemplo, casos de desnutrição, cuidados neonatais, controlo da tuberculose ou prevenção do HIV. Num estudo realizado em 2014 sobre o manejo de casos na comunidade (CCM) em África, 35 países relataram a implementação de serviços de CCM para casos de diarreia, 33 para casos de malária, 28 para casos de pneumonia, 6 para casos de septicemia neonatal e 31 para casos de desnutrição. Os programas de manejo integrado de casos na comunidade de diarreia, malária e pneumonia foram relatados por 28 países. [1]

30. A prática do iCCM baseia-se num algoritmo que alerta os ACS para sinais e sintomas de condições de risco de vida que requerem tratamento num centro de saúde, ao mesmo tempo que orienta os ACS no tratamento de doenças na comunidade. É apresentado um esquema geral deste algoritmo na revisão das Prioridades do Controlo de Doenças em Países em Desenvolvimento (DCP3). [2]

Figura 1 Amostra do diagnóstico de iCCM e algoritmo de tratamento



Fonte: DCP3 [2] (ACT = anti maláricos; ORS = solução de reidratação oral; RTD = teste de diagnóstico rápido)

31. A qualidade, segurança e eficácia da gestão de casos de diarreia e malária por parte dos ACS foram documentadas em vários estudos. O manejo de casos de pneumonia também foi considerado eficaz, no entanto, alguns estudos documentaram que os ACS tinham dificuldade em verificar a frequência respiratória com precisão, enfatizando a necessidade de reforço da supervisão, formação e controlo de qualidade. [2]

A INICIATIVA RAcE

32. A Iniciativa RAcE foi financiada através da atribuição de uma verba de 75 milhões de dólares canadienses durante seis anos (de Abril de 2012 a Março de 2018) pelo Governo do Canadá para o Programa Global da Malária da OMS (GMP) para '*aumentar a cobertura de serviços de diagnóstico, tratamento e de referência para as principais causas de mortalidade infantil (malária, pneumonia e diarreia), acelerando o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde.*' O objectivo secundário da iniciativa era '*gerar evidências para informar as recomendações e orientações políticas da OMS sobre o iCCM e [o manejo de casos de malária na comunidade]*'. [3]

33. Ao abrigo da iniciativa, a OMS concedeu subvenções renováveis a cinco actores não estatais para implementar seis programas de iCCM em cooperação com os governos nacionais e subnacionais em cinco países. A Iniciativa RAcE distinguiu-se de outros programas de iCCM financiados internacionalmente através do objectivo de alcançar a cobertura universal para todas as crianças em áreas de difícil acesso, dentro dos limites geográficos seleccionados. Foram alocados fundos programáticos adicionais para actividades normativas, apoio técnico e monitorização e avaliação (M&A). A Tabela 1 fornece uma visão geral das estimativas preliminares das despesas relativamente a os diferentes componentes do programa.

Tabela 1. Despesas estimadas da Iniciativa RAcE

Despesas do programa para a implementação dos programas de iCCM, incluindo pesquisa operacional

Localização	Actor Não Estatal Parceiro de Implementação	Valor (em milhares de USD)
RDC, Província de Tanganica, todas as zonas abrangidas	Comité Internacional de Resgate (CIR)	11,248
Malawi, 8/28 distritos em 2/3 regiões	Save the Children (SC)	10,884
Moçambique, 52 distritos em 4/10 províncias	Save the Children (SC)	8,444
Níger, 4 distritos em 2/7 regiões	World Vision (WV)	8,854
Nigéria, Estado de Abia, 15/17 LGAs	Society for Family Health (SFH)	4,825
Nigéria, Estado de Níger, 6/25 LGAs	Malária Consórcio (MC)	5,210
Outras despesas programáticas		
Escritórios Nacionais OMS para apoio técnico e trabalho normativo		1,208
ICF para monitorização do programa		3,930
ICF para planeamento de sustentabilidade		730
Swiss Tropical and Public Health Institute para pesquisa em sistemas de saúde		199
Despesas programáticas totais		US\$ 55,532,000

Fonte: Despesas estimadas até 31/3/2018 pelo Secretariado da RAcE. LGA = Área do Governo Local

34. O papel e as responsabilidades dos escritórios nacionais da OMS no âmbito da Iniciativa RAcE foram descritos numa apresentação ao Grupo Director Internacional (GDI) em 2015. [4] O Secretariado da RAcE no Programa Global da Malária da OMS (GMP) em Genebra assumiu principalmente a gestão financeira e de contratação. O Escritório Regional da OMS em África (AFRO) e as equipes de apoio inter-

países (IST) actuaram como órgãos de secretaria dos dois organismos de supervisão (o GDI e o Painel de Revisão do Projecto) e foram, por isso, encarregados da supervisão geral da Iniciativa RAcE. Também forneceram apoio técnico para as pesquisas, estudos, revisões periódicas e avaliações. Os Escritórios Nacionais da OMS (WCO) supervisionaram directamente a implementação dos programas pelos actores não estatais contratados. A referida apresentação não mencionou o papel dos pontos focais de iCCM designados nos WCO para apoiar os governos nas tarefas normativas e de coordenação, que, de acordo com os resultados da avaliação, foi substantivo. De acordo com as informações fornecidas pelo Secretariado da RAcE, esta apresentação também subestimou o papel do GMP, que assumiu responsabilidades adicionais de apoio técnico ao longo da Iniciativa.

A AVALIAÇÃO SUMATIVA

35. Em Setembro de 2017, o Gabinete de Avaliação da OMS contratou a **hera** para implementar a avaliação sumativa da Iniciativa RAcE. Os termos de referência da avaliação são apresentados no Anexo 1. O objectivo da avaliação foi:

- Contribuir para a definição de lições práticas relevantes para informar a política global e o diálogo sobre o iCCM
- Informar o diálogo das políticas de saúde materna, neonatal e infantil da OMS, a concepção e implementação de programas e o GAC; e
- Garantir a responsabilidade relativa aos fundos públicos às partes interessadas

36. Os objectivos específicos da avaliação foram:

- Avaliar a eficácia, eficiência, relevância, impacto e sustentabilidade dos resultados da Iniciativa RAcE
- Avaliar o modelo de contratação de parceiros através de subvenções do iCCM
- Revisão por pares e validação da avaliação da ICF relativamente à contribuição dos programas RAcE para o impacto estimado; e
- Fornecer resultados relevantes e práticos, conclusões, recomendações e lições para informar o diálogo de políticas, e a futura concepção e implementação do iCCM

37. O foco principal da avaliação foi a implementação dos programas a nível nacional. 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 país abrangido pelo programa. Os resumos são apresentados no Volume 3.

38. A Iniciativa RAcE teve uma componente de monitorização e avaliação adjudicada à ICF que incluía a assistência técnica e o fornecimento de ferramentas padronizadas para a monitorização e para a realização de inquéritos aos agregados da linha de base (baseline) e final (endline), bem como uma avaliação final de cada programa. A equipe de avaliação não repetiu o trabalho realizado pela ICF.

- Reviu a metodologia de recolha e análise de dados aplicada pela ICF;
- validou os resultados do programa relatados através da triangulação com fontes de dados alternativas; e
- triangulou as conclusões relatadas sobre os efeitos e impacto dos programas aplicando uma análise probabilística da qualidade das evidências baseada numa Teoria da Mudança post-hoc (ToC).

39. De acordo com a orientação da UNEG (Grupo de Avaliação do ONU) sobre a integração da dimensão dos direitos humanos e da igualdade de género na avaliação, a equipe de avaliação analisou até que ponto os princípios interrelacionados de inclusão, participação e relações de poder justas foram implementados pelos programas ao nível dos organismos responsáveis (por exemplo, a dimensão da

igualdade de género nas políticas e práticas de recursos humanos) e dos titulares de direitos (por exemplo, participação das comunidades na tomada de decisões).

40. A avaliação foi implementada entre Outubro de 2017 e Abril de 2018 por uma equipe de quatro consultores internacionais da **hera** apoiados por cinco consultores nacionais nos países do programa RAcE. A avaliação foi supervisionada por um Grupo de Gestão da Avaliação (GGA) que incluiu funcionários do Gabinete de Avaliação da OMS, da Divisão de Diplomacia, Comércio e Avaliação Corporativa do Global Affairs Canada (GAC) e do Gabinete de Avaliação da UNICEF. Foi estabelecido um Grupo de Referência para a Avaliação (ERG) para apoiar a avaliação em momentos-chave e garantir uma participação extensiva na conceptualização do exercício e acesso à informação, alta qualidade técnica dos produtos de avaliação e criação de conhecimento. O cronograma da avaliação é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Marcos da avaliação da Iniciativa RAcE

Momento	Actividade
Outubro 2017	Reunião de avaliação inicial em Genebra
Outubro 2017	Participação na reunião de divulgação da RAcE em Abuja
Outubro-Novembro 2017	Preparação do relatório inicial / teste de ferramentas na Nigéria
Dezembro 2017 – Janeiro 2018	Estudos de caso nos países / entrevistas com informantes-chave globais / revisão de literatura
28 de Fevereiro, 2018	Fim do período de recolha de dados
Fevereiro - Março 2018	Preparação dos resumos de cada país e do relatório de síntese
Abril 2018	Workshop para apresentar os resultados da avaliação, conclusões e recomendações

METODOLOGIA (RESUMO)

41. A equipe de avaliação aplicou uma metodologia de combinação da Análise de Contribuição (AC) e Identificação de Processos (PT) para responder às questões das cinco áreas de investigação definidas nos termos de referência (TdR) apresentados no Anexo 1. As áreas de investigação e questões de avaliação associadas não incluíram questões sobre custos, relação custo-benefício ou a eficiência através das quais as actividades foram convertidas em resultados e objectivos. A metodologia detalhada é apresentada no Anexo 2.

42. A AC é útil para avaliar os impactos criados por uma combinação complexa de causas. Destina-se a aumentar a confiança de que a intervenção avaliada teve o impacto pretendido. Analisa a intervenção por partes e facilita a compreensão de como diferentes factores formam cadeias causais que produzem resultados de impacto. Examina as evidências de forma a reforçar a probabilidade de que as actividades planeadas no âmbito da Iniciativa RAcE contribuíram para os resultados e impactos observados. A limitação da AC é a subjectividade na avaliação no grau da afirmação de contribuição. Para as ultrapassar, a equipe de avaliação combinou a AC com o método de identificação de processos, que realiza vários testes no âmbito da cadeia causal para confirmar a contribuição para os resultados e objectivos alcançados.

43. A AC forneceu o enquadramento para a concepção e implementação da avaliação e foi associada à identificação de processos ao longo da sua realização. A concepção da avaliação incluiu três etapas:

- **Desenvolvimento de uma teoria da mudança genérica** (ToC) para a Iniciativa RAcE, delineando as probabilidades causais pré-existentes de alcançar melhorias no bem-estar e sobrevivência das crianças. Isto incluiu a definição de pressupostos gerais e específicos que foram verificados através da análise de evidências de diferentes fontes de dados. O quadro da ToC é apresentado no Anexo 4.
- **Desenvolvimento de uma matriz de avaliação** que incluiu questões de avaliação, pressupostos, indicadores, fontes e métodos de recolha de dados e uma cadeia de raciocínio para associar as questões de avaliação à ToC. (Anexo 5)
- **Desenvolvimento de ferramentas de recolha de dados**, incluindo orientações para as discussões de grupo (DG) ao nível da comunidade e entrevistas com informantes-chave (KII) nacionais e globais. (Anexo 9) Foram usadas ferramentas de acção e aprendizagem participativa (PLA) nas DG. As ferramentas foram pré-testadas no Estado do Níger, na Nigéria, em Outubro de 2017.

44. Os resumos dos países (ver volume 3) foram preparados com base nas visitas aos seis locais abrangidos pelo programa RAcE. Na preparação das visitas ao terreno, a equipe de avaliação realizou extensas análises de documentos, incluindo uma revisão de literatura (Anexo 3), e preparou quadros de ToC específicos para cada país, que foram validados durante as visitas ao terreno através de workshops participativos.

45. A estratégia de amostragem para identificação de informantes-chave nacionais e globais foi intencional, com base num mapa de partes interessadas desenvolvido durante a fase inicial. (Anexo 7) Para a selecção das regiões, distritos e comunidades a serem visitadas, foram aplicadas estratégias de amostragem intencionais em Moçambique, na Nigéria, no Malawi e no Níger, que incluíram a amostragem de casos críticos (a nível regional) e amostragens aleatórias e de critérios (ao nível distritos, zonas de saúde e comunidades). Na RDC, o quadro de amostragem foi restrinido devido à conjuntura de segurança volátil e à disponibilidade de voos internos. A estratégia aplicada foi, desta forma, oportunista e baseada na viabilidade. Os dados sobre os programas foram recolhidos através de:

- cinco workshops de validação da Teoria da Mudança,
 - 99 entrevistas com informantes-chave (incluindo entrevistas em grupo) em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo parceiros internacionais de saúde activos no domínio da saúde infantil do país,
 - 17 discussões de grupo com ACS,
 - 30 discussões de grupo na comunidade, e
 - a revisão dos documentos e bases de dados nacionais de saúde, relatórios e bases de dados dos parceiros de implementação, relatórios de M&A realizados pela ICF (DQA, Inquéritos, Avaliação Final, Planeamento de Sustentabilidade) e de documentos de parceiros internacionais.
46. Foram recolhidos dados adicionais a nível global e regional através de revisões de documentos e entrevistas a informantes-chave com partes interessadas globais.

47. Os dados foram analisados através de uma análise qualitativa de conteúdo, utilizando o software MAXQDA de Análise de Dados Qualitativos Assistida por Computador. Este software permite quantificar a frequência e similaridade de respostas, experiências e reacções, de forma a gerar evidências em resposta aos mecanismos causais e questões de avaliação. Todas as evidências disponíveis foram codificadas sob os mecanismos causais específicos para permitir a realização de testes de identificação de processos e permitir que a equipe de avaliação desenvolvesse uma narrativa descritiva da lógica de contribuição à luz das evidências disponíveis.

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

48. A abordagem utilizada pela avaliação foi estritamente qualitativa. Não foi atribuído nenhum valor às probabilidades associadas às causas e factores de contribuição, e não foi feita nenhuma análise estatística para quantificar as declarações de contribuição. Essa análise não foi possível dentro do tempo e nível de esforço alocados à avaliação. Para minimizar a tendenciosidade e validar e verificar os dados e evidências recolhidos durante a avaliação, foram usados vários métodos de triangulação, incluindo a triangulação do investigador, métodos, dados e teorias.

49. As limitações de dados incluem a exclusão de comunidades localizadas demasiado longe das unidades de saúde ou em áreas de difícil acesso devido ao tempo limitado disponível para as visitas ao terreno. Nas comunidades seleccionadas, os participantes das DG e os informantes-chave foram identificados pelos líderes da comunidade e pelos ACS, o que pode ter originado resultados tendenciosos a favor de percepções positivas em relação aos programas RAcE.

50. Na RDC e no Níger, alguns distritos ou zonas de saúde tiveram de ser excluídos da amostra devido à insegurança e falta de disponibilidade de voos internos para alcançar as ‘zonas de saúde’ seleccionadas durante o período de recolha de dados (na RDC). No Malawi e em Moçambique, os programas já tinham terminado no momento da avaliação e alguns dos funcionários-chave das agências parceiras de implementação já não estavam disponíveis para serem entrevistados. Isto também se aplica à avaliação no Estado do Níger, na Nigéria, onde o Director do Programa do Malária Consórcio se reformou pouco antes do início da missão de avaliação. Foi difícil obter acesso a alguns documentos no Malawi e em Moçambique e nem todos os documentos dos parceiros de implementação foram disponibilizados ou puderam ser recolhidos. Ao nível da comunidade, os ACS e os pais nem sempre foram capazes de distinguir entre os acontecimentos ocorridos durante o período de implementação do programa RAcE e após o final deste. Este factor, associado às lacunas na documentação disponível e à incapacidade de alcançar antigos funcionários do programa pode ter originado resultados tendenciosos.

51. Os dados dos inquéritos aos agregados familiares da linha de base e finais realizados pelos parceiros de implementação foram usados ao longo da avaliação como evidência dos resultados do programa, triangulados com dados de KIIs, DG e com a revisão de documentos e bases de dados. É

apresentado um resumo dos principais resultados dos inquéritos no Anexo 6. Os inquéritos da linha de base foram realizados entre Setembro de 2013 e maio de 2014, e os inquéritos finais entre agosto de 2016 e Fevereiro de 2017. Os dados foram resumidos para cada programa em relatórios do inquérito final preparados pela ICF. Os dados sofrem de algumas limitações, documentadas nos relatórios da ICF. Como qualquer inquérito demográfico, estes incluem respostas tendenciosas como, por exemplo, demasiados relatos da adesão ao aconselhamento de referência. As limitações recorrentes dos relatórios de pesquisa foram:

- Os dados nas tabelas sobre a cobertura e acesso ao tratamento apresentados nos relatórios não foram discriminados por sexo. Os dados discriminados por sexo foram recolhidos nos inquéritos e utilizados pela ICF num capítulo sobre género apresentado nos relatórios de avaliação final. No entanto, os resultados dessas análises nem sempre estavam em concordância com os dados obtidos a partir da análise das bases de dados do programa realizada pela equipe de avaliação. Uma das possíveis razões que sustentam este facto é os inquéritos não terem conseguido detectar diferenças de género no acesso ao tratamento.
 - As áreas e quadros de amostragem dos inquéritos de base e finais nem sempre coincidiram. As razões são específicas do contexto, por exemplo relacionadas com a insegurança na RDC, a exclusão da Província de Inhambane no inquérito de base em Moçambique, devido a uma preocupação em não sobre analisar as comunidades daquela província, ou a alocação de ACS formados para o iCCM a comunidades locais pelo Ministério da Saúde no Malawi que não estava prevista no início do programa e estava fora do seu domínio e controlo. Em resposta às problemáticas verificadas no Malawi e em Moçambique, a ICF realizou sub-análises dos resultados dos inquéritos em áreas para as quais estavam disponíveis dados de base e finais. Estes foram utilizados pela equipe de avaliação.
 - Os questionários de avaliação dos inquéritos de base e finais não registaram o sexo dos pais ou cuidadores da família inquiridos. Embora tenha sido assumido que na maioria dos casos o questionário foi aplicado às mães das crianças, este também pode ter sido aplicado a pais que, em alguns países do programa, têm um envolvimento significativamente mais baixo no cuidado das crianças e que, nesse caso, poderão ter fornecido respostas menos fiáveis às perguntas.
 - As informações sobre o tratamento fornecido pelos ACS ou por outros prestadores de cuidados apropriados (conforme definido no contexto local) foram recolhidas através de pais ou cuidadores da família, que muitas vezes não sabem dizer se a criança foi tratada com um antibiótico, anti malárico ou antipirético. Frequentemente, também não sabem se o tratamento foi ‘correcto’, isto é, se foi dado com base num teste de diagnóstico rápido positivo para a malária ou uma correcta verificação da frequência respiratória para diagnóstico da pneumonia. Conforme documentado num estudo publicado em 2013, mesmo em estudos conduzidos com grande meticulosidade, com alta especificidade e sensibilidade, o valor preditivo positivo, ou seja, a proporção de casos de crianças reportadas por sintomas de pneumonia que realmente têm pneumonia, é de apenas 22% e, por essa razão, o denominador não é fiável. [12]
52. A ICF desenvolveu o protocolo e as ferramentas para os inquéritos demográficos, incluindo questionários, materiais de formação, programa para entrada de dados e plano de análise. Os actores não estatais contratados através de subvenções lideraram o trabalho do inquérito no terreno em colaboração com parceiros locais e com a assistência técnica no local ou à distância da ICF. Os dados do inquérito da linha de base foram analisados pelos parceiros subvencionados com o apoio da ICF, enquanto os dados do inquérito final foram analisados pela ICF. Os problemas de qualidade dos dados dos inquéritos de base e finais foram documentados pela ICF.

REVISÃO DE LITERATURA (RESUMO)

53. Na preparação da avaliação, a equipe reviu estudos e relatórios recentes (publicados e ainda por publicar) sobre o manejo integrado de casos na comunidade nos cinco países do programa. É apresentado um relatório detalhado da revisão de literatura no Anexo 3. Inclui a revisão de 55 documentos, a metodologia da pesquisa bibliográfica e uma lista de referências completa. A revisão foi estruturada de acordo com sete temas, triangulados com as cinco áreas de investigação da avaliação. Os temas foram: (i) impacto na mortalidade infantil; (ii) análise económica; (iii) agentes comunitários de saúde; (iv) gestão de fornecimentos; (v) envolvimento da comunidade e criação de procura; (vi) igualdade de género; e (vii) política. A revisão é resumida nos parágrafos seguintes. É fornecida uma lista de referências completa no Anexo 3

54. Um estudo de modelagem publicado em 2017 aplicou o modelo Lives Saved Tool (LiST) a dados de 42 países africanos. Estima-se que a existência de uma cobertura de 50 por cento das intervenções baseadas na comunidade diminuiria a mortalidade de menores de cinco anos em 20 por cento, e que uma cobertura de 90 por cento a diminuiria em 45 por cento. A análise não se limitou ao iCCM, também incluiu programas de prevenção, como a imunização e as redes mosquiteiros tratadas com insecticida. [5] A avaliação, em 2014, de uma grande iniciativa de iCCM em seis países, incluindo Moçambique, o Malawi e o Níger, documentou uma redução na mortalidade infantil entre a população-alvo tendo, no entanto, relatado que não foi possível realizar a atribuição do impacto causal ao programa devido à complexidade dos ambientes dos países. [6]

55. Um número limitado de análises económicas de iCCM relatou que o manejo de casos na comunidade foi rentável em termos do custo de anos de vida ajustados em função da incapacidade (DALY), que o atendimento comunitário foi mais rentável do que o cuidado baseado em unidades de saúde e que esteve fez diminuir substancialmente as despesas directas das famílias com a assistência médica. Contudo, o custo económico total da prestação de serviços dos ACS por criança tratada foi altamente dependente das taxas de utilização, com custos médios estimados por tratamento que variam entre de 2,15 USD no Malawi e 16,11 USD nos Camarões. [7,8]

56. Um estudo regional sobre o manejo de casos na comunidade (CCM) em África, publicado em 2014, relatou que 42 de 45 países receberam alguma forma de CCM incluindo o iCCM em 28 deles. [1] A duração da formação dos ACS variou de três dias a um ano, o recrutamento era realizado por eleição da comunidade ou nomeação do governo, e a sua posição variava entre o estatuto de voluntário sem qualquer pagamento de incentivos e o de funcionário público assalariado. Diversos documentos analisaram os factores de motivação dos ACS. Alguns enfatizaram a satisfação que obtinham em prestar serviço às suas comunidades, enquanto outros discutiram subsídios monetários e incentivos, como a atribuição de alojamento, bicicletas ou outros equipamentos fornecidos pelas comunidades, ONGs ou ministérios da saúde.

57. A interrupção do fornecimento regular de medicamentos foi mencionada como um factor desmotivador para os ACS em vários estudos. As principais causas mencionadas foram as falhas na cadeia de suprimentos, que prejudicavam a credibilidade dos ACS e contribuíram para o risco de tratamento inadequado das crianças. Devido às falhas na cadeia nacional de aquisições e fornecimentos de medicamentos, os parceiros internacionais em geral estabeleceram sistemas de fornecimento paralelos. Dois estudos de 2014 e 2017 relataram que a cadeia de fornecimentos do iCCM no Malawi foi fortalecida com sucesso através de uma aplicação de telemóvel e da nomeação de equipes de melhoria de qualidade para a monitorização do sistema de fornecimento. [9,10]

58. Embora a oferta de serviços de iCCM seja concebida para superar as barreiras financeiras e geográficas do acesso aos cuidados de saúde, existem outros factores, como o conhecimento sobre as

doenças por parte dos pais ou cuidadores da família, as preferências por remédios caseiros e tratamentos alternativos, a limitada autonomia de decisão na procura de cuidados e a desconfiança relativamente à qualidade dos serviços de iCCM, que constituem barreiras de acesso e que exigem intervenções adicionais no âmbito da criação de procura. Embora isto seja discutido em vários estudos, foram encontradas poucas evidências publicadas sobre a eficácia dos diferentes tipos de estratégias de envolvimento da comunidade nos países do programa.

59. Havia muito pouca informação sobre a igualdade de género no âmbito do manejo de casos na comunidade nos documentos recolhidos. Dois dos estudos consultados relataram que não existiam diferenças entre os sexos no acesso ao tratamento. Uma avaliação de vários países realizada em 2014 indicou que a mudança dos serviços de saúde infantil para locais mais perto das comunidades reduziu o tempo e custo associados à procura de cuidados e, por consequência, emancipou as mulheres, ao remover as barreiras à procura independente de conselhos ou tratamentos, mas não forneceu qualquer evidência de que isso realmente aconteceu. A mistura de géneros entre os ACS variou entre os países, havendo uma maioria de ACS masculinos em nove países, e uma maioria de ACS femininas noutras nove.

60. Análises de políticas de vários países africanos reportaram que o iCCM foi primariamente promovido por funcionários técnicos do ministério da saúde (MS) com formação em saúde pública ou cuidados de saúde primários, apoiados pela OMS, UNICEF e alguns parceiros bilaterais de desenvolvimento. Os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde, especialmente aqueles com formação clínica, foram frequentemente mais difíceis de convencer relativamente aos benefícios associados ao manejo de casos da comunidade. De acordo com este estudo, as organizações multilaterais desempenham um papel importante na facilitação da transferência das inovações políticas do nível global para o nível nacional.

61. Embora os impulsionadores do desenvolvimento e adopção de políticas de iCCM tenham diferido entre os países, assim como o nível de compromisso político, todos os documentos revistos no âmbito da avaliação destacaram que os programas de iCCM nos cinco países incluídos na Iniciativa RAcE foram altamente dependentes do financiamento internacional. Embora houvesse o consenso geral de que o manejo de casos na comunidade permite salvar as vidas de muitas crianças, os autores requeriam mais pesquisas sobre os sistemas de saúde de forma a entender as implicações da prestação de serviços de manejo de casos na comunidade, em grande escala, nos diferentes contextos dos sistemas de saúde dos países. De acordo com os estudos, as principais limitações foram a sustentabilidade financeira, a persistência de custos para os utentes em vários países, a integração de dados ao nível da comunidade em sistemas nacionais de informação de saúde, o estatuto dos ACS no quadro nacional dos recursos humanos para a saúde, incluindo o debate sobre o trabalho voluntariado ou assalariado.

PRINCIPAIS RESULTADOS E ANÁLISES

62. Os principais resultados e análises da avaliação são apresentados através das cinco áreas de investigação definidas nos termos de referência. No total foram abordadas 15 questões de avaliação nas cinco áreas de investigação definidas. Esta foi mais uma do que planeada no início do programa. Foi adicionada uma questão de avaliação durante a recolha de dados na Área de Investigação 3 e a matriz de avaliação desta área foi reorganizada de forma a estar alinhada com os dados recolhidos. As respostas às perguntas de avaliação, quando relevantes, foram discriminadas nos subtítulos que resumem as descobertas retiradas das subquestões listadas na matriz. A matriz de avaliação é apresentada no Anexo 5.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO 1

63. A primeira área de investigação explorou a relevância e o alinhamento da Iniciativa RAcE através de três questões de avaliação. Analisou em que medida os seis programas foram concebidos para responder às necessidades e prioridades das estratégias nacionais de saúde e a extensão da sua complementaridade com outros programas de saúde materna e infantil de grande escala.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 1

Em que medida a concepção inicial dos programas RAcE esteve alinhada com as estratégias nacionais de saúde? Em que medida os programas foram complementares com outros programas de saúde de grande escala, e existiu uma colaboração eficaz com outros programas de saúde implementados nas mesmas áreas?

Os programas RAcE implementados nos cinco países estavam estreitamente alinhados com as políticas nacionais e com as estratégias de serviços de saúde primários e comunitárias. Reforçaram os programas nacionais de iCCM existentes em Moçambique e no Malawi, apoiaram a implementação da política nacional de iCCM numa nova província na RDC, contribuíram para uma revisão da abordagem nacional do iCCM no Níger e facilitaram a formulação e introdução de uma política nacional de iCCM nacional na Nigéria.

Os parceiros do programa RAcE, particularmente os WCO coordenaram o apoio aos ministérios da saúde com outros parceiros internacionais activos no manejo de casos na comunidade. Não há evidências de qualquer sobreposição substancial dos programas RAcE relativamente a outros programas de grande escala implementados nas mesmas áreas, e há evidências de colaboração com outros programas financiados por parceiros, especialmente nas áreas de aquisição e gestão de fornecimentos.

64. Nos seis programas RAcE, o alinhamento com as políticas nacionais e estratégias de serviços de saúde primários e comunitárias foi robusto. Aderiram às directrizes nacionais sobre o manejo de casos na comunidade e contribuíram significativamente para o desenvolvimento de estratégias e orientações. Vários departamentos relevantes dos ministérios da saúde nacionais estavam envolvidos no desenvolvimento dos programas. As propostas do programa forneceram informações específicas sobre a forma como cada programa visava responder às actuais prioridades e documentos políticos do governo.

65. Na RDC, o programa nacional de controlo de doenças diarreicas tinha o mandato de liderar as políticas de iCCM, mas o programa nacional de combate à malária e a directoria de serviços primários de saúde também estavam a trabalhar em estratégias de assistência à comunidade com o apoio de parceiros internacionais, principalmente o Fundo Global (FG), a USAID, a iniciativa do Presidente dos EUA para o combate à malária (PMI) e o UNICEF. O programa RAcE trabalhou com o

programa de controlo de doenças diarreicas e colaborou extensivamente com os outros dois departamentos do MS.

66. No **Malawi** e em **Moçambique**, os programas RAcE apoiaram os programas nacionais existentes para o iCCM com o objectivo de reforçar a sua qualidade. Na **RDC**, as políticas e directrizes de iCCM existiam, mas não tinham sido implementadas na província de Tanganaica, onde o programa RAcE foi implementado. No **Níger**, o iCCM já tinha sido anteriormente implementado com o apoio do UNICEF, mas esses serviços tinham sido prestados através de profissionais de saúde pagos sediados em ‘abrigos de saúde’. O programa RAcE foi o primeiro a introduzir serviços de iCCM fornecidos por ACS. Na **Nigéria**, os dois programas RAcE introduziram o iCCM pela primeira vez e catalisaram uma rápida aprovação deste por parte do MS federal e do Conselho Nacional de Saúde, assim como o apoio dos governos dos estados e de parceiros técnicos e financeiros.

67. De modo geral, a complementaridade dos programas RAcE com outras intervenções de saúde materna e infantil nas mesmas áreas foi alta, em particular com programas de prevenção para a distribuição de redes mosquiteiros tratadas com insecticida, imunização e quimioprevenção da malária. Não houve evidências de sobreposição substancial com outros programas fornecedores de serviços iguais ou equiparados. Houve evidências de colaboração activa, especialmente no âmbito da gestão de aquisições e fornecimentos com programas apoiados por outros parceiros internacionais na **Nigéria** (FG e a Iniciativa Clinton para o Acesso à Saúde- CHAI), na **RDC** (PMI) e no **Malawi** (FG e PMI).

68. Em termos de coordenação, os parceiros implementadores apoiaram e participaram em reuniões relevantes do sector da saúde de forma a assegurar que os principais parceiros nacionais para o iCCM eram continuamente informados sobre as actividades e lições retiradas do programa RAcE. Em todos os países os informantes-chave, principalmente os funcionários do MS a nível distrital e os funcionários das unidades de saúde, referiram exemplos de ocasiões em que trabalharam com ACS apoiados pelo programa RAcE para implementar intervenções no âmbito da imunização, nutrição e higiene, água e saneamento.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 2

Os programas RAcE visaram as populações mais vulneráveis e/ou de difícil acesso nos diferentes países? Como foram seleccionados os distritos e as comunidades?

As regiões de implementação do programa RAcE foram seleccionadas em conjunto com os parceiros do governo de acordo com critérios bem definidos. Nem todas as regiões seleccionadas apresentaram o perfil mais alto de vulnerabilidade em termos da mortalidade infantil ou do acesso aos serviços de saúde, porque, para além dos critérios epidemiológicos e dos serviços de saúde, também o compromisso do governo, a viabilidade de implementação e a presença de outros programas foram considerados no processo de selecção.

As comunidades foram seleccionadas principalmente com base na limitação geográfica do acesso aos serviços de saúde, com algumas variações contextuais. A funcionalidade das unidades de serviços primários de saúde, e as taxas cobradas aos utentes nas unidades de saúde não estatais disponíveis foram levadas em consideração a diversos níveis na definição de barreiras ao acesso. Não foram tidos em consideração critérios como os níveis de pobreza ou a marginalização por razões étnicas, religiosas ou outras.

69. A selecção das áreas e comunidades abrangidas pelo programa constituiu um processo de várias fases em todos os países. O primeiro passo foi identificar regiões, estados ou províncias e, se a cobertura total estava fora de alcance, identificaram-se zonas, distritos, departamentos ou áreas do governo local dentro dessas divisões políticas. O segundo passo dizia respeito à selecção de comunidades. A equipe de avaliação analisou em que medida os critérios de equidade desempenharam

um papel relevante durante a prossecução destes dois passos e quais os esforços levados a cabo para alcançar as populações mais vulneráveis.

70. Em todos os países, os WCO, os actores não estatais contratados e os ministérios da saúde trabalharam em estreita colaboração durante o processo de selecção. Cada um dos programas usou um conjunto de critérios pré-definidos para identificar as regiões, que variaram de país para país, mas todos incluíram indicadores relevantes de iCCM, como a taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U5MR) e a proporção da população rural. Os critérios adicionais utilizados foram o apoio dado à região por parte de outros programas de serviços de saúde primários apoiados internacionalmente ou programas de iCCM, a situação de segurança e o compromisso e capacidade do governo regional. Na **Nigéria**, o imperativo político de equilibrar os investimentos entre os estados do sul e do norte também foi tido em consideração. Devido a estes critérios adicionais, as regiões seleccionadas não foram necessariamente aquelas com as U5MR mais altas, o nível mais alto de pobreza ou o nível mais baixo de acesso a serviços de saúde primários. No **Malawi** e em **Moçambique**, a aplicação dos critérios de selecção resultou na selecção das regiões com a mais alta e a mais baixa U5MR. Em **Moçambique**, a região com a U5MR mais baixa também apresentava indicadores de acesso ao tratamento que eram mais altos ou mais próximos da média nacional. No **Estado de Abia**, as unidades de serviços primários de saúde estavam geralmente ao alcance de uma grande proporção da população. A meta populacional pré-definida para o programa RAcE só poderia ter sido alcançada através da aplicação de critérios rigorosos de funcionalidade das instalações que resultassem em 90 por cento das unidades de saúde declaradas ‘não funcionais’. No **Níger**, o principal critério de selecção foi a U5MR. Uma das duas regiões seleccionadas tinha a maior U5MR e a segunda uma U5MR consideravelmente mais alta que a média nacional. Na **RDC**, a região seleccionada teve resultados que a que a colocam consistentemente entre as províncias mais vulneráveis do país em termos dos indicadores sociais e de saúde.

71. As comunidades foram seleccionadas através de exercícios de mapeamento, muitas vezes através da assistência de agências nacionais especializadas, aplicando a definição geográfica da distância em relação à unidade de saúde, assim como tendo em consideração outras barreiras físicas, como rios ou montanhas. Não foi feita nenhuma selecção no **Malawi**, pois as instalações de prestação de cuidados comunitários já foram definidas pelo programa nacional de iCCM. No entanto, em 2014, foi conduzido um exercício de mapeamento com o objectivo de verificar quais as áreas de difícil acesso com base nos critérios actuais. Na **RDC** e em **Moçambique**, foram excluídas as comunidades que eram demasiado remotas e difíceis de alcançar para levar a cabo o apoio e a supervisão. As comunidades que eram demasiado dispersas e não dispunham de uma densidade populacional que justificasse a criação de condições para a prestação de cuidados na comunidade também foram excluídas, por exemplo no **Níger** e na **RDC**. O critério de funcionalidade da unidade de saúde mais próxima foi aplicado sistematicamente na **Nigéria**. No **Estado de Abia**, o acesso geográfico aos centros de saúde distritais não era uma questão importante, e a população-alvo só foi atingida porque 90 por cento desses centros de saúde foram classificados como ‘não funcionais’. No **Malawi**, as comunidades que estavam ao alcance das unidades de saúde de referência de primeiro nível que operavam ao abrigo da Associação Cristã de Saúde do Malawi foram incluídas na selecção nacional porque as taxas cobradas por essas unidades foram consideradas como barreiras ao acesso. Não houve evidências, em nenhum dos programas RAcE, de que tivessem sido considerados outros indicadores de vulnerabilidade na selecção das comunidades, como a pobreza, a percentagem de minorias étnicas ou a exposição recente a desastres. No entanto, a ocorrência de conflitos civis na **RDC** resultaram na fuga de vários ACS qualificados para campos de refugiados, onde alguns deles continuaram as suas tarefas.

72. Em resumo, nem todos os programas RAcE visaram consistentemente comunidades com difícil acesso a unidades de saúde de referência de primeiro nível. Embora tenha sido observado um grande

aumento na procura de conselho ou tratamento por parte dos ACS formados para o iCCM em todos os programas, conforme ilustrado na Tabela 3, o aumento do acesso a cuidados de saúde por parte de prestadores de cuidados apropriados¹ foi muito mais reduzido em algumas das áreas do programa, conforme ilustrado na Tabela 4. Isto sugere que, nessas populações, os efeitos dos programas não foram primariamente um aumento no acesso aos cuidados, mas sim uma alteração na procura de cuidados para a consulta dos ACS. Embora os aumentos no acesso aos cuidados de saúde em áreas onde anteriormente não existiam serviços de iCCM tenham sido estatisticamente significativos em todas as áreas do programa (por exemplo, **RDC, Níger e Nigéria**), há questões sobre a significância programática do aumento reduzido observado no **Estado de Abia**.

Tabela 3. Proporção de pais ou cuidadores da família que seleccionam ACS como primeira fonte de cuidados de saúde

Programa	Inquérito da linha de base	Inquérito final	Diferença	Significância estatística (p)
RDC	0,5%	67,1%	66,6%	<0,01
Malawi*	30,4%	45,8%	15,4%	<0,01
Moçambique	23,1%	57,0%	33,9%	<0,01
Níger	0,1%	75,5%	75,4%	<0,01
Nigéria, Estado de Abia	0,1%	37,7%	37,6%	<0,01
Nigéria, Estado de Níger	--	76,6%	--	N/A

Fonte: Relatórios ICF (2017) avaliação final do Programa RAcE, excepto Malawi * onde estão apenas incluídos os dados dos inquéritos em 33 grupos de avaliação que possuíam prestadores de serviços de iCCM activos (fonte: bases de dados dos inquéritos). N/A = não aplicável

Tabela 4. Proporção de pais ou cuidadores da família que procuraram os cuidados de prestadores de cuidados apropriados²

Programa	Inquérito da linha de base	Inquérito final	Diferença	Significância estatística (p)
RDC	53,3%	81,1%	27,8%	<0,01
Malawi*	68,5%	73,9%	5,4%	N.S.
Moçambique	79,1%	79,5%	0,4%	N.S.
Níger	68,8%	84,7%	15,9%	<0,01
Nigéria, Estado de Abia	68,7%	76,8%	8,1%	<0,01
Nigéria, Estado de Níger	75,5%	91,4%	15,9%	<0,01

Fonte: Relatórios ICF (2017) de avaliação final do Programa RAcE, excepto Malawi * onde estão apenas incluídos os dados dos inquéritos em 33 grupos de avaliação que possuíam prestadores de serviços de iCCM activos (fonte: bases de dados dos inquéritos). N.S. = sem significância estatística para p<0.01

¹ As definições de ‘prestador de cuidados apropriados’ diferem de país para país. Incluem sempre hospitais privados ou públicos, centros de saúde, postos de saúde, clínicas ou ACS formados para o iCCM. As farmácias e fornecedores de medicamentos privados são incluídos no tratamento da febre e diarreia em alguns estudos, mas não no tratamento de infecções respiratórias através do diagnóstico de respiração rápida.

² Para crianças com uma das condições passíveis de serem tratadas pelo iCCM

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 3

Em que medida os ministros da saúde e as comunidades visadas foram envolvidas no planeamento e concepção dos programas RAcE?

Os ministérios da saúde nos níveis central e descentralizado estavam estreitamente envolvidos na concepção e planeamento dos programas RAcE.

O envolvimento das comunidades no planeamento e concepção dos programas RAcE não fazia parte da concepção da Iniciativa RAcE. Contudo, as comunidades estavam intimamente envolvidas na discussão de actividades operacionais ao nível da comunidade, incluindo a nomeação ou eleição de ACS, em quatro dos cinco países do programa.

Envolvimento do MS na concepção e desenvolvimento dos planos operacionais

73. Houve evidências conclusivas de que os departamentos relevantes dos ministérios da saúde estavam estreitamente envolvidos, chegando por vezes a liderar o planeamento e processo de concepção dos programas RAcE em todos os países. Os ministérios tiveram um papel de liderança na selecção das áreas de intervenção, na definição de mecanismos de coordenação e na identificação de necessidades de apoio técnico e institucional e na capacitação das entidades governamentais envolvidas.

74. Os ministérios da saúde a nível central e descentralizado participaram significativamente na concepção e implementação dos planos operacionais em todos os países. A nível nacional, os ministérios assumiram a liderança através da coordenação de grupos de trabalho de iCCM (por exemplo, no **Malawi**, na **Nigéria** e em **Moçambique**) ou através de um comité técnico associado ao programa RAcE (por exemplo, no **Níger**). O grau de descentralização da governança dos serviços de saúde variou entre os países do programa. Nos países altamente descentralizados (**RDC** e **Nigéria**), as estruturas subnacionais de coordenação do iCCM foram chefiadas pelo MS provincial ou estadual. Nos outros países, as reuniões conjuntas de planeamento foram coordenadas e facilitadas pelo MS com o apoio técnico dos WCO e dos actores não estatais parceiros de implementação.

Participação da comunidade na concepção e planeamento dos programas RAcE

75. Todos os programas RAcE foram desenvolvidos a nível nacional, em consulta com as estruturas descentralizadas dos Ministérios da Saúde. A participação da comunidade no planeamento e concepção dos programas não fazia parte da concepção da Iniciativa RAcE. As comunidades foram seleccionadas após o processo de concepção. As comunidades participaram no planeamento dos programas RAcE de quatro formas:

- Em todos os programas, excepto no **Malawi**, as autoridades ou assembleias das aldeias lideraram a identificação dos ACS de acordo com os critérios de selecção definidos a nível nacional. A identificação dos ACS liderada pela comunidade pretendia criar adesão por parte dos líderes comunitários e uma maior aceitação dos ACS, o que foi conseguido nos cinco programas em que foi praticado. (ver tabela 3)
- Em todos os programas, excepto no **Níger**, foram criados ou restabelecidos comités comunitários de saúde para apoiar o desenvolvimento das actividades do iCCM. Os comités participaram no planeamento e revisão das actividades do iCCM. As mulheres estavam representadas nos comités de todos os países, mas não houve evidências conclusivas sobre a qualidade e dimensão da participação dos comités nos programas de iCCM.

- Em todos os programas, os ACS (como representantes da comunidade para o iCCM) contribuíram para o planeamento operacional enviando relatórios, previsões de aquisições e partilhando desafios e dificuldades com os supervisores nos centros de saúde.
- Em alguns casos, os representantes da comunidade também participaram em comités de zonas de saúde (por exemplo, o COGES no **Níger**) ou nas Equipes de Disponibilidade de Produtos do Distrito (no **Malawi**) que são responsáveis pelo planeamento do fornecimento artigos essenciais nos distritos de saúde.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO 2

76. Nesta área de investigação, foi avaliada a contribuição da Iniciativa RAcE para catalisar a expansão do iCCM e aumentar a cobertura dos serviços de diagnóstico, tratamento e de referência. As questões de avaliação quatro a nove estão incluídas nesta área.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 4

Em que medida os programas RAcE contribuíram para o aumento da capacidade do governo e prestadores de cuidados de saúde para prestar e monitorizar serviços de iCCM para crianças menores de cinco anos a nível distrital, estadual/regional e nacional?

Os programas RAcE contribuíram para o aumento da capacidade dos governos e prestadores de cuidados de saúde para fornecer serviços de iCCM através da revisão e desenvolvimento de ferramentas, padrões e directrizes para diagnosticar e tratar doenças que afectam crianças menores de cinco anos em todos os países.

Os programas RAcE contribuíram para o aumento da capacidade dos profissionais de saúde e funcionários do governo na monitorização dos serviços de iCCM. Foram criados (RDC, Níger, Nigéria) ou reforçados (Malawi, Moçambique) sistemas de relatórios e monitorização. A qualidade dos dados melhorou e a integração dos dados gerados ao nível da comunidade no sistema nacional de informação de saúde foi alcançada no Malawi e, em certa medida, em Moçambique, no Níger e na RDC. Existem evidências limitadas de que a aplicação móvel para a saúde, mHealth, testada no Malawi e no Níger contribuiu para melhorar a qualidade e disponibilidade dos dados, embora o projecto-piloto da mHealth no Malawi tenha documentado melhorias na qualidade dos cuidados.

Contribuição da RAcE para o aumento da capacidade de prestação de serviços de iCCM

77. Há evidências de que todos os programas RAcE contribuíram para um aumento substancial na capacidade dos governos e prestadores de cuidados de saúde para prestar serviços de iCCM. A maturidade dos programas de iCCM nos cinco países diferiu no início da Iniciativa RAcE, o que influenciou as estratégias utilizadas e os progressos alcançados.

78. A **Nigéria** não dispunha de uma política ou directrizes nacionais de iCCM antes do início dos dois programas RAcE no país. Foram desenvolvidas e adoptadas novas directrizes e ferramentas pelo MS federal, que liderou o processo e promoveu a adopção nacional. A província de Tanganica, na **RDC**, foi recém-criada em 2015 e o MS da província exigiu apoio significativo para operacionalizar as directrizes nacionais de iCCM. O programa RAcE desenvolveu novos registos, materiais de formação e relatórios e testou-os através de uma pesquisa operacional que confirmou o alcance de grandes melhorias na qualidade dos serviços e dos dados, e apoiou a introdução do iCCM em toda a província. A adopção nacional das novas ferramentas ainda estava em discussão no momento da visita de avaliação.

79. No **Níger** e em **Moçambique**, as agências implementadoras forneceram apoio técnico para a revisão das ferramentas existentes e validação das directrizes e ferramentas de formação. Foram desenvolvidos novos protocolos, por exemplo, no âmbito da gestão de stocks e controlo do desperdício

de medicamentos em **Moçambique**. As ferramentas, directrizes e protocolos desenvolvidos com o apoio da RAcE foram adoptados a nível nacional nos dois países sob a liderança dos ministérios da saúde nacionais.

80. No **Malawi**, a maioria das ferramentas e materiais de formação já existiam e foram adoptados pelo programa RAcE. Contudo, o programa apoiou a revisão das políticas e directrizes, designadamente para alterar o antibiótico de referência usado para o tratamento de pneumonia, do co-trimoxazol para a amoxicilina, e para a introdução do teste de diagnóstico rápido para a malária. Em linha com essas mudanças, o programa também apoiou as revisões do currículo de formação e as ferramentas de supervisão e mentoria.

Envolvimento dos Ministérios da Saúde na monitorização e avaliação

81. Os programas RAcE contribuíram para aumentar a capacidade dos ministérios da saúde na monitorização dos serviços de iCCM. Foram desenvolvidas (**Nigéria**, **Níger**, **RDC**) ou revistas (**Moçambique**, **Malawi**) as ferramentas e indicadores para a recolha de dados, e os ACS e os supervisores receberam formação e ferramentas para melhorar a qualidade dos relatórios em todos os países. No **Malawi** e em **Moçambique**, foram organizadas sessões de formação adicionais para profissionais de saúde sobre a análise e utilização de dados. O apoio de M&A foi prestado a nível central/nacional através do destacamento de um (**Malawi**) ou dois (**Moçambique**) funcionários de M&A a tempo inteiro.

82. Estabeleceram-se (**Níger**, **RDC**, **Nigéria**) ou reforçaram-se (**Malawi**, **Moçambique**) sistemas funcionais de relatórios e monitorização para permitir a recolha dados dos ACS por partes dos supervisores nos centros de saúde para os níveis distrital, zonal, provincial ou local do governo. A equipe de avaliação analisou os registos e formulários de relatórios utilizados pelos ACS em todos os países, bem como o fluxo e os mecanismos de agregação de dados nos primeiros níveis administrativos. A ICF realizou várias auditorias de qualidade de dados em todos os países. Estas documentam que os problemas de qualidade dos dados identificados no primeiro ano do programa foram abordados, e que a sua qualidade melhorou em todos os programas. O fluxo de dados destes primeiros níveis administrativos para os níveis subsequentes não foi igualmente funcional em todos os países. Funcionou bem no **Malawi** e em **Moçambique**, mas ainda não é automático no **Níger**, onde a base de dados do iCCM foi gerida pelo MS provincial. Ainda assim, a integração dos dados dos ACS na base de dados contou com o fornecimento de apoio financeiro e técnico aos distritos de saúde pela World Vision (WV). Na **RDC** e na **Nigéria**, os parceiros da RAcE ainda geriam as bases de dados do iCCM no momento da avaliação e partilhavam-nas com o MS provincial ou estadual.

83. Há evidências de que a qualidade dos dados melhorou em todos os países. A revisão e simplificação de registos, a supervisão regular e as revisões conjuntas de dados de monitorização, assim como as avaliações da qualidade de dados conduzidas com o apoio da ICF, contribuíram para uma melhor qualidade dos relatórios. No **Malawi**, foi testada uma aplicação para telemóvel (mHealth) com vista a melhorar a qualidade do diagnóstico e tratamento e reduzir a probabilidade de erro humano na aplicação do algoritmo iCCM. A aplicação foi desenvolvida pelo parceiro de consórcio da SC, a D-Tree International. A aplicação orientou os ACS na avaliação de crianças doentes, enviando dados para uma base de dados central controlada pela D-Tree, permitindo aos gestores do programa ter conhecimento dos ACS que não enviam dados, que cometiam erros ou tinham dificuldades. Uma avaliação conduzida pela ICF em 2017 constatou que a disponibilidade e a integridade dos dados recolhidos nos registos clínicos (de papel) das aldeias e nos formulários de resumo mensais eram melhores do que os dados recolhidos através da aplicação mHealth. No entanto, os ACS que usavam a mHealth tendiam a avaliar crianças doentes de acordo com o protocolo iCCM mais frequentemente do que os que

utilizavam os formulários de papel, e mais de 80 por cento dos ACS que utilizavam a aplicação mHealth classificaram correctamente as crianças doentes em relação a todas as doenças comuns e sinais de perigo, enquanto apenas 58 por cento daqueles que usaram relatórios em papel o fizeram. [11] Num teste da mHealth no **Níger**, a aplicação foi usada por ACS em complemento dos relatórios em papel. Os dados só eram acessíveis à WV e não tinham sido partilhados com o MS. Em **Moçambique**, o Malaria Consórcio (MC) testou uma aplicação mHealth, embora não com o apoio financeiro do programa RAcE. O feedback sobre a qualidade dos dados recolhidos foi positivo e a aplicação está a ser desenvolvida para incluir módulos adicionais. Está a ser introduzida noutras províncias com apoio do UNICEF.

Contribuição da RAcE para o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde baseados na comunidade

84. Foram utilizados dados gerados ao nível das comunidades a nível distrital e provincial para fundamentar a tomada de decisões, em particular no **Malawi** e em **Moçambique** e, em certa medida, na **RDC**, no **Níger** e na **Nigéria**. A utilização de dados pelo MS a nível central/nacional foi também reportada no **Malawi**, em **Moçambique** e no **Níger**. A integração de dados gerados pela comunidade no sistema nacional de informação de saúde foi totalmente alcançada no **Malawi** e parcialmente em **Moçambique**, onde apenas foram integrados os dados da malária, mas não através da contribuição do programa RAcE. No **Níger**, apenas foram integrados os dados das comunidades do programa RAcE, com o apoio dos parceiros da RAcE. É improvável que esta situação continue depois do fim do programa. Na **DRC**, existe um módulo de entrada de dados para o DHIS2 online, mas no momento da avaliação ainda não tinham sido inseridos dados. Na **Nigéria**, foi acordada entre os parceiros de saúde uma lista de indicadores para os dados ao nível comunitário, mas estes ainda não estavam integrados na plataforma nacional do DHIS2. O sistema nacional de informação de saúde do **Níger** foi o único entre os cinco que incluiu dados discriminados por sexo para crianças menores de cinco anos.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 5

Em que medida os programas RAcE contribuíram para a melhoria sustentável no fornecimento de artigos e medicamentos essenciais para o tratamento de primeira linha de crianças com malária, diarreia e pneumonia? Em que medida as rupturas de stock afectaram a eficácia dos programas RAcE?

Os programas RAcE contribuíram para o aumento da capacidade nacional de gestão e distribuição de artigos e medicamentos essenciais para o tratamento de primeira linha de crianças com malária, diarreia e pneumonia na RDC e na Nigéria. A evidência de aumento da capacidade é limitada no Malawi, em Moçambique e no Níger.

Foram utilizados diferentes mecanismos para o fornecimento oportuno e regular de medicamentos e artigos essenciais aos ACS, com níveis variados de eficácia: Os programas no Níger e na Nigéria sofreram poucas rupturas de stock até 2017, altura em que houve relatos crescentes de rupturas no fornecimento. O fornecimento ininterrupto não foi alcançado na RDC, no entanto, foi reportada uma maior disponibilidade do que nas instalações de iCCM não apoiados pela RAcE. O Malawi foi o único país a aplicar um sistema paralelo de aquisição e gestão de fornecimentos utilizado ao longo do período do programa; o programa sofreu algumas rupturas de stock de artigos e medicamentos no terceiro ano. Em Moçambique, o UNICEF, o PMI e o Fundo Global foram responsáveis pelo apoio à aquisição e gestão de fornecimentos de artigos de iCCM. O fornecimento ininterrupto de artigos não foi alcançado.

Embora o uso do Artesunate rectal tenha sido incluído em todos os protocolos nacionais do iCCM, foi apenas fornecido aos ACS na RDC, no Malawi e em Moçambique e sofreu rupturas de stock prolongadas.

Contribuição para a capacidade nacional de aquisição e gestão da cadeia de fornecimento

85. O programa RAcE contribuiu para o aumento da capacidade nacional de aquisição e gestão da cadeia de fornecimentos (PSM) de artigos e medicamentos essenciais para o tratamento de primeira linha de crianças com malária, diarreia e pneumonia na **RDC** e na **Nigéria**. Na **RDC**, o programa transferiu todas as funções de PSM para a farmácia provincial, por etapas, e esta executou todas as funções de PSM desde 2016. No **Estado de Abia**, foi desenvolvido um sistema de PSM com o apoio da Crown Agents, transferido para a gestão do sector público em 2015. No **Estado de Níger**, o Ministério da Saúde foi responsável pela gestão da cadeia de fornecimentos, enquanto a aquisição continuava a ser facilitada pelo MC no momento da avaliação.

86. No **Malawi**, as partes interessadas concordaram em estabelecer um sistema de aquisição, armazenamento e distribuição para o programa RAcE, devido à capacidade limitada do Fundo do Central de Medicamentos e Artigos Médicos. De acordo com informantes-chave, isto contribuiu para melhorar a disponibilidade de artigos e medicamentos essenciais nos distritos apoiados pela RAcE. No entanto, este sistema paralelo não continuou após o final do programa. Ao nível periférico, o programa contribuiu para a revitalização das Equipes de Disponibilidade de Produtos do Distrito para monitorizar a disponibilidade de medicamentos ao nível da comunidade e discutir soluções para os desafios da cadeia de fornecimento dos artigos e medicamentos de iCCM. Os ACS e os supervisores foram formados no uso do cStock, um sistema SMS de gestão de informação logística, usado para determinar as quantidades necessárias para o reabastecimento de artigos e medicamentos para o iCCM.

87. As evidências do aumento da capacidade na gestão da cadeia de suprimento como resultado da RAcE foram limitadas em **Moçambique** e no **Níger**. Foi fornecido algum apoio técnico e formação para melhorar a previsão e o planeamento e gestão de stocks. O sistema nacional de fornecimento e distribuição de medicamentos em **Moçambique** utilizou um sistema 'push' para o fornecimento de artigos e medicamentos essenciais às províncias através de dois kits de referência (Kit AL para os artigos

e medicamentos para a malária e Kit C para outros). Os parceiros da RAcE apoiaram a distribuição do nível provincial para o nível distrital e para as unidades de saúde, mas a aquisição e o apoio a gestão da cadeia de fornecimentos do Kit C ao nível distrital foi feito pelo sistema nacional com o apoio do UNICEF, do Fundo Global e a PMI no caso do Kit AL e não estava incluída no domínio do programa RAcE. No **Níger**, a World Vision assinou um Memorando de Entendimento (MdE) com a autoridade nacional para os medicamentos para a disponibilização de medicamentos de iCCM ao nível distrital e assegurou a distribuição ao nível das unidades de saúde até Março de 2017. Desde então, a distribuição é gerida pelos distritos. A capacitação da gestão de stocks ao nível das unidades de saúde não foi sustentada. Tendo em conta que estas unidades apresentavam uma alta rotatividade dos funcionários, foram obtidas poucas evidências de melhoria da capacitação nas entrevistas realizadas pela equipe de avaliação.

88. Existiam diferentes sistemas de monitorização para verificar os níveis de stock dos ACS. Na **RDC**, no **Níger** e na **Nigéria**, os ACS enviavam relatórios de stock mensais que eram usados para calcular as quantidades de reabastecimento. No **Estado de Abia**, os dados recolhidos através da base de dados de registos de tratamento também incluíram o número de crianças que não puderam ser tratadas devido a rupturas de stock. No **Malawi**, o reabastecimento foi calculado com base em relatórios de stock mensais enviados pelos ACS via SMS e inseridos na aplicação cStock a nível nacional. Os fornecimentos dos ACS eram enviados para as unidades de saúde, onde eram recolhidos pelos ACS. A cStock não monitorizava o stock de artigos e medicamentos disponíveis para os ACS ao nível das unidades de saúde, e os fornecimentos destinados aos ACS eram frequentemente utilizados pelos profissionais dos centros de saúde. No início do programa, os ACS no **Estado de Níger** recebiam fornecimentos através de um sistema de aprovisionamento ‘push’ que foi alterado para um sistema de ‘pull’ no final do primeiro ano. Em **Moçambique**, os medicamentos eram fornecidos utilizando um sistema ‘push’. O programa RAcE apoiou a revisão de um formulário de consumo de medicamentos e a sua implementação em 2016, mas a data foi considerada demasiado tardia para fazer quaisquer alterações durante o período do programa RAcE. A equipe de avaliação observou que os ACS em Inhambane recebiam medicamentos com base no número de tratamentos fornecidos, contudo, as quantidades de artigos e medicamentos transmitidas do nível central para os níveis provinciais permaneciam fixas para todas as províncias.

89. Na maioria dos países, os ACS armazenavam os medicamentos em caixas de armazenamento. A qualidade destas caixas variou entre os países, com caixas de boa qualidade observadas na **RDC**, **Níger**, **Malawi** e no **Estado de Níger**. As caixas de armazenamento observadas no **Estado de Abia** eram de baixa qualidade. Em **Moçambique**, os ACS reclamaram a falta de locais de armazenamento adequados nas suas casas. Em resposta, a OMS desenvolveu um projecto para uma caixa de armazenamento de baixo custo e adquiriu 300 caixas para Inhambane e Manica, em 2016. No momento da avaliação, as caixas de armazenamento estavam a ser adquiridas para todas as províncias, com o apoio do UNICEF.

Incidência e efeitos das rupturas de stock

90. O fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos essenciais foi alcançado no **Níger**, onde as rupturas de stock foram mínimas até Outubro de 2017. Desde então, as rupturas de stock de SRO/Zinco e Amoxicilina foram relatadas pelos ACS, apesar de estarem disponíveis ao nível distrital. No **Estado de Níger**, ocorreram poucas rupturas de stock até Setembro de 2017. No último trimestre de 2017, a maioria dos ACS não dispunha de stock anti maláricos, assim como de muitos outros medicamentos. No **Estado de Abia**, a escassez de medicamentos, principalmente de anti maláricos, foi registada entre Maio e Agosto de 2016 e Setembro e Novembro de 2017. Embora tenham afectado menos de dois por cento das crianças atendidas pelos ACS entre 2014 e 2017, as rupturas de stock

foram mencionadas em todas as KIIs e DG e coincidiram com reduções relativamente significativas na procura de prestação de cuidados dos ACS.

91. No **Malawi**, a oferta de artigos e medicamentos permaneceu estável durante a maior parte do período de implementação do programa. A disponibilidade média dos seis ‘artigos e medicamentos-chave’ durante o período do programa foi superior a 90 por cento. Contudo, no terceiro ano foram enfrentados desafios em relação a quatro artigos: 24 por cento dos ACS relataram rupturas no stock de Amoxicilina, 11 e 16 por cento das duas formulações de anti maláricos, respectivamente, e 14 por cento de ORS. Os informantes-chave relataram haver níveis mais altos de rupturas de stock desde o final do programa RAcE, em Setembro de 2017.

92. O fornecimento ininterrupto de artigos não foi alcançado na **RDC**. Contudo, os informantes-chave relataram que a disponibilidade de medicamentos em instalações de iCCM apoiadas pelo programa RAcE era comparável ou melhor do que nas instalações de iCCM de outras províncias. Mais de 50 por cento dos ACS sofreram rupturas de stock de Amoxicilina durante sete meses em 2014 e novamente durante cinco meses, em 2016. Excluindo o Artesunate rectal, o número médio de ACS que, até Setembro de 2017, relataram dispor de todos artigos e medicamentos em stock no final de cada mês foi de 79 por cento (86% para os medicamentos para a diarreia, 85% para os medicamentos contra a malária e 64% para a Amoxicilina).

93. O fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos essenciais não foi alcançado em **Moçambique**. As rupturas de stock do Kit C (todos os artigos e medicamentos, excepto para a malária) foram frequentes em 2013 e 2014, mas melhoraram em 2015 e foram mínimas em 2016. As rupturas de stock do Kit AL (artigos e medicamentos para a malária) foram frequentes, especialmente em 2014, 2015 e 2016. Os ACS reportaram rupturas de stock de uma duração de um a três meses, principalmente para o Kit AL. As comunidades e os ACS queixaram-se da frequente falta de disponibilidade de medicamentos. O apoio à aquisição e fornecimento dos kits a nível distrital não estava no âmbito do programa RAcE. A UNICEF apoiou o PSM para o Kit C e o Fundo Global e o PMI, em conjunto, para o Kit AL.

94. O fornecimento de Artesunate rectal para o tratamento pré-referência de crianças com malária grave foi incluído em todos os algoritmos nacionais do iCCM e também foi incluído na formação dos ACS em todos os programas RAcE. No entanto, até Junho de 2017, não havia nenhum fornecedor pré-qualificado pela OMS e o medicamento só podia ser adquirido através de mecanismos paralelos ou de parceiros internacionais, o que aconteceu na **RDC**, no **Malawi** e em **Moçambique**. Este medicamento não foi fornecido no **Níger** nem na **Nigéria**. Todos os programas experienciaram longos períodos de rupturas de stock deste medicamento devido a questões de aquisição complexas.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 6

Em que medida e de que forma os programas RAcE contribuíram para aumentar a dimensão, cobertura e qualidade dos serviços de saúde infantil fornecidos pelos ACS para as populações de difícil acesso?

Há evidências de que os programas RAcE contribuíram para uma maior disponibilidade dos serviços de saúde infantil em todos os países. Grupos comunitários em todas as áreas do programa, excepto no Malawi, relataram estar satisfeitos com a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de iCCM.

Os mecanismos de formação e de apoio à supervisão apoiados pelos programas RAcE contribuíram para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos ACS. Os sistemas de supervisão foram eficazes e os ACS classificaram consistentemente a supervisão como importante, excepto no Malawi, onde nem todos os ACS a consideraram útil. Observou-se uma frequência reduzida da supervisão após o final do programa nos países onde os programas já tinham terminado no momento da avaliação.

Os programas RAcE contribuíram para melhorar a qualidade dos serviços de saúde na comunidade. Todos os pais ou cuidadores da família entrevistados nas DG consideraram os serviços prestados pelos ACS de boa qualidade. Contudo, os inquéritos da linha de base e finais realizados no Malawi documentaram que a confiança da comunidade na qualidade dos serviços de iCCM piorou. Os estudos documentam um aumento no tratamento da diarreia com SRO e zinco em todas as áreas do programa, excepto no Malawi. O diagnóstico da malária através de testes de sangue aumentou em todos os países, excepto em Moçambique. A expansão dos serviços do iCCM é a explicação mais provável para estes aumentos.

Foram estabelecidos sistemas de referência (sendo que alguns deles já existiam) em todos os programas. Estes foram usados de forma apropriada no Malawi, em Moçambique e no Níger e, em menor escala, na RDC e na Nigéria. Embora os inquéritos finais tenham relatado altos níveis de adesão aos conselhos de encaminhamento de doentes, os dados dos registo e as entrevistas com informantes-chave indicam que esses relatos eram tendenciosos e que a adesão real foi muito menor.

Não há evidências da eficácia do pacote de saúde materna e neonatal adicionado aos serviços do iCCM num distrito no Malawi. Embora as comunidades tenham apreciado o apoio dos ACS durante a gravidez e após o parto, os objectivos de cobertura não foram alcançados.

Mobilização, motivação e satisfação dos ACS

95. Há evidências de que os programas RAcE contribuíram para o aumento do número de ACS formados e motivados para o iCCM e para uma maior disponibilidade dos serviços de saúde infantil em todos os países. Os programas RAcE apoiaram a formação de 8.865 ACS. Após cinco anos de implementação, 7.407 ACS prestaram serviços de iCCM a cerca de 1.895.619 crianças menores de cinco anos e relataram um total de quase oito milhões de consultas durante o período de implementação do programa.

Tabela 5. ACS formados e activos

Programa	Número de ACS formados	Número de ACS formados e activos	Número estimado de crianças alcançadas
RDC	1.866	1.220 (Out 2017)	154.000
Malawi	1.192	995 (Out 2017)	427.831
Moçambique	1.445	1.344 (Mar 2017)	719.444
Níger	1.313	1.277 (Mar 2017)	230.833
Nigéria, Estado de Abia	1.351	1.155 (Nov 2017)	202.998
Nigéria, Estado de Níger	1.692	1.251*(Out 2017)	161.513
TOTAL	8.865	7.407	1.896.619

Fontes: Últimos relatórios disponíveis da agência implementadora e relatórios finais de avaliação da ICF,

** O número não pode ser confirmado pela equipe de avaliação. Uma análise da base de dados do MC constatou que, em média, apenas 971 ACS enviam relatórios mensais no último semestre de 2017*

Tabela 6. Número de consultas (novos casos) realizadas por ACS apoiados pela Iniciativa RAcE

Programa	Meninas	Meninos	Total	De	Até	Fonte
RDC	703.987	702.494	1.406.481	Jan-14	Set-17	Base de Dados CIR*
Malawi**	N/A	N/A	2.243.476	Abr-13	Set-17	Relatório Final SC
Moçambique	N/A	N/A	1.578.418	Abr-14	Dez-16	Base de Dados MC/SC*
Níger	N/A	N/A	992.301	Jan-13	Dez-17	Base de Dados WV*
Estado de Abia	481.024	458.589	939.613	Nov-14	Nov-17	Base de Dados SFH*
Estado de Níger	199.541	224.412	423.953	Out-14	Nov-17	Base de Dados MC*
TOTAL	N/A	N/A	7.584.242			

*Fontes: *Versão mais recente da base de dados disponível no momento das missões de avaliação*

*** O número de consultas não estava disponível para o Malawi. Este é o número de tratamentos que contam duplamente as crianças tratadas por duas ou mais condições e não contam as crianças referenciadas nem as crianças com febre ou infecções do trato respiratório que não foram tratadas com anti maláricos ou antibióticos.*

96. A Tabela 5 apresenta o número de ACS activos de acordo com as informações mais recentes disponíveis à equipe de avaliação. A Tabela 6 apresenta o número total de consultas listadas nas bases de dados dos actores não estatais parceiros de implementação, que cobrem a maioria, mas não todo o período de implementação. Os dados presentes nas duas tabelas permitem um cálculo que sugere que o número de crianças doentes consultadas pelos ACS nas áreas do programa RAcE, por mês, variou entre nove no **Estado do Níger** e 43 no **Malawi**. Isto é, no entanto, enganoso. Em **Moçambique** e no **Malawi** foram estabelecidos programas que previam a prestação activa de serviços de iCCM desde o início do programa RAcE. O cálculo do volume mensal médio de casos, de 43 no **Malawi** e 37 em **Moçambique** consiste provavelmente numa estimativa correcta, na qual os números não são perfeitamente comparáveis porque dizem respeito a consultas, em **Moçambique**, e a tratamentos no **Malawi**. Os outros quatro programas começaram lentamente e registaram um aumento gradual no número de ACS formados. Usando o número de ACS activos no final dos programas, o denominador subestima a taxa média de consulta.

97. Conforme discutido anteriormente, nem todas as crianças consultadas por ACS tinham dificuldades no acesso a cuidados de saúde, antes do início da RAcE. No **Malawi** e em **Moçambique**, os serviços do iCCM já eram prestados em algumas áreas do programa, e o objectivo dos programas era principalmente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Embora em todos os programas, os inquéritos da linha de base e finais tenham documentado um aumento significativo na procura de cuidados prestados dos ACS (ver Tabela 3), a proporção de crianças que receberam cuidados de um

prestador apropriado (conforme previamente definido) não aumentou no **Malawi** ou em **Moçambique**, e o aumento também foi reduzido no **Estado de Abia**. (ver Tabela 4). Isto indica que houve uma alteração na procura de cuidados dos outros profissionais de saúde para os ACS formados para o iCCM. Isto não esteve necessariamente relacionado com a distância geográfica e também pode ter sido motivado pela conveniência do acesso, custo, percepção da qualidade ou maior conforto interpessoal em relação aos ACS, face ao experienciado relativamente aos enfermeiros das unidades de saúde.

98. Os ACS são considerados voluntários, excepto no **Malawi**, onde são funcionários assalariados do MS. As estratégias de motivação variaram entre os países, incluindo incentivos financeiros (um salário no **Malawi**, subsídios definidos a nível nacional no **Níger** e em **Moçambique**, um subsídio de transporte na **Nigéria** que era, no entanto, dependente de participação em reuniões no **Estado do Níger**), formação de actualização e supervisão regular. Na **RDC**, os subsídios de transporte iniciais foram posteriormente substituídos pelo fornecimento de uma bicicleta. Na **Nigéria**, não havia uma política nacional que especificasse os níveis e modalidades dos subsídios ou os reembolsos das despesas. No **Estado de Abia**, os ACS receberam um subsídio de transporte mensal que os ACS entrevistados consideraram muito insuficiente, embora isso não tenha afectado o seu alto nível de motivação. No **Estado do Níger**, as alterações nos procedimentos de pagamento de subsídios de viagem contribuíram para a desmotivação dos ACS, o que se reflectiu na redução das submissões de dados mensais e assim relatada nas DG. Na **RDC**, no **Malawi**, na **Nigéria** e no **Níger**, os programas mobilizaram activamente as comunidades para o fornecimento de incentivos aos ACS. Os programas na **RDC** e no **Estado de Níger** citaram exemplos de comunidades onde foram construídas casas para os ACS (12 no **Estado de Níger** e 2 na **RDC**). Uma comunidade no **Estado do Níger** forneceu uma mota ao ACS. Estes foram, no entanto, exemplos isolados. Os ACS entrevistados pela equipe de avaliação em ambos os programas afirmaram unanimemente que o apoio da comunidade era insuficiente e não chegava sequer para cobrir o custo das baterias das lanternas que usavam quando examinavam crianças à noite. O programa no **Estado do Níger** analisou e documentou a mobilização da comunidade para apoiar os ACS e apresentou os resultados na reunião de divulgação do programa RAcE em Abuja. Estimou o valor dos incentivos em espécie fornecidos pelas comunidades aos ACS durante o período de implementação da RAcE em 121.000 USD. [13]

99. A rotatividade dos ACS variou entre sete por cento (no **Estado de Abia**, em **Moçambique** e no **Níger**) e 34 por cento na **RDC**. As deslocações motivadas pela violência foram uma das principais razões para o abandono dos cargos na **RDC**, tendo havido vários ACS a continuar o seu trabalho em campos de refugiados internos. A insegurança também foi um motivo de abandono referido em **Moçambique**, a insatisfação com os incentivos financeiros foi citada no **Estado do Níger**, no **Níger** e em **Moçambique**, a progressão na carreira foi referida no **Malawi**, e a mudança devido a casamento ou novo emprego foi citada em todos os programas. O fornecimento regular e ininterrupto de medicamentos foi mencionado como um factor importante que motivou os ACS a continuar a prestação de serviços; foi classificado como o factor mais importante pelos ACS em todos os DG na **Nigéria**. O prestígio social, a aprovação da comunidade e o reconhecimento pelos profissionais dos centros de saúde também foram mencionados pelos ACS em todos os programas. Em **Moçambique** e no **Níger**, os ACS masculinos classificaram os incentivos financeiros mais elevados do que as ACS femininas, que consideraram a disponibilidade de medicamentos mais importante.

100. Nas entrevistas e DG ao nível da comunidade, os pais ou cuidadores da família relataram que os ACS eram facilmente acessíveis e estavam quase sempre disponíveis, excepto no Malawi. Apenas 51 por cento dos ACS no Malawi residiam na sua área de captação em Janeiro de 2017, e a grande maioria (83%) fornecia serviços de iCCM apenas dois dias por semana nas clínicas da aldeia. Os grupos comunitários no Malawi expressaram preocupações sobre a disponibilidade e horário de funcionamento

limitado das clínicas das aldeias. Informantes-chave no **Estado do Níger** também mencionaram que os ACS estavam frequentemente ausentes durante a época das colheitas.

101. O programa RAcE na **RDC** constatou que nem todas as crianças que moravam a mais de cinco quilómetros de uma unidade de saúde poderiam ser alcançadas através do iCCM. Algumas comunidades dessa província de baixa densidade populacional eram demasiado remotas para permitir o estabelecimento instalações viáveis para o iCCM, enquanto outras eram inacessíveis por razões de segurança. O programa atingiu cerca de 2/3 das crianças com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No **Malawi**, o recrutamento dos ACS é da responsabilidade do MS e do programa RAcE e, por isso, não contribuiu directamente para o alcance de um aumento da cobertura. Em **Moçambique**, a cobertura universal foi alcançada em Inhambane, onde os ACS serviram todos os distritos e em média 2.000 pessoas, em conformidade com a política nacional. No entanto, esta esteve longe de ser alcançada nas outras três províncias, onde um número considerável de comunidades se encontra em áreas demasiado remotas para o estabelecimento de condições de iCCM. No **Níger**, a política nacional afirma que cada comunidade deve dispor de dois ACS para 300 pessoas, porém cada um dos 1.313 ACS apoiados pelo programa RAcE atendeu, em média, uma população de aproximadamente 900 pessoas. Na **Nigéria**, todos os quatro agentes de iCCM do governo local entrevistados pela equipe de avaliação expressaram a necessidade de mais ACS para cobrir sua LGA, embora haja dúvidas sobre a necessidade de definição de áreas elegíveis para o iCCM no **Estado de Abia**, onde o acesso geográfico aos serviços de saúde não constitui uma limitação significativa.

Formação e supervisão dos ACS

102. Há evidências de que a formação e supervisão apoiadas pelos programas RAcE contribuíram para melhorias na qualidade dos serviços de iCCM. Os currículos de formação dos ACS foram definidos nas directrizes nacionais de iCCM que foram aplicadas pelos programas RAcE em todos os países. Os materiais de formação eram, na maioria, específicos de cada país e baseados no currículo de formação de seis dias desenvolvido pela OMS e pelo UNICEF. [14] O currículo de formação dos ACS no **Malawi** foi revisto com o apoio de parceiros da RAcE de forma a incluir, por exemplo, o uso de testes de diagnóstico rápido para a malária. A duração da formação variou de seis a dez dias na **RDC**, no **Níger** e na **Nigéria**. No **Malawi**, foi adicionado um módulo de formação de seis dias sobre o iCCM ao curso básico de formação dos ACS. Em **Moçambique**, estão integradas cinco semanas de formação em iCCM no curso de 4.5 meses para os ACS. Os ACS entrevistados estavam, em geral, satisfeitos com a formação recebida e consideravam-na suficiente, no entanto, no **Níger** e no **Malawi**, os ACS entrevistados solicitaram mais formação de actualização.

103. Foram criados mecanismos de apoio à supervisão em todos os países do programa que contribuíram para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e dos dados obtidos. Os ACS eram supervisionados mensalmente por profissionais de saúde qualificados nos centros de saúde, nas suas comunidades e em reuniões realizadas nos centros de saúde. A supervisão incluiu a observação directa dos tratamentos e a revisão dos registos. A frequência começou por ser mensal, mas passou a ser trimestral em **Moçambique** e em algumas zonas de saúde no **Níger**, durante a parte final do programa. Todos os supervisores eram qualificados e a maioria estava equipada com ferramentas e listas de verificação. Todos os programas, excepto no **Malawi**, forneceram incentivos financeiros e, em alguns casos, bicicletas, motas ou canoas aos supervisores. Também foram estabelecidos e implementados sistemas de supervisão dos supervisores pelas autoridades da administração da saúde de nível mais alto, assim como a supervisão conjunta, em todos os níveis, com o apoio dos funcionários dos parceiros do programa RAcE em todos os países.

104. O perfil e a formação dos supervisores foram menos padronizados entre os países. Na **RDC** e em **Moçambique**, os profissionais de saúde responsáveis pelas unidades de saúde mais próximas foram responsáveis pela supervisão dos ACS. Os supervisores receberam formações de actualização e os entrevistados mostraram-se, em geral, satisfeitos com a qualidade da formação. No **Malawi**, a supervisão directa foi realizada por profissionais mais experientes (Assistentes de Vigilância em Saúde Sénior), bem como por equipas conjuntas do Gabinete Distrital de Saúde (DHO) e da SC. Na **Nigéria**, a supervisão foi fornecida pelos funcionários de saúde da comunidade sediados nos centros de saúde (Agentes Comunitários de Expansão da Saúde) em ambos os programas, através de um sistema de mentoria levado a cabo pelos profissionais clínicos. Os aspectos clínicos foram abordados em sessões regulares de orientação realizadas nos centros de saúde. No **Níger**, a supervisão foi realizada pelos parceiros da RAcE nos primeiros dois anos e entregue aos supervisores dos centros de saúde em Março de 2017.

105. Os sistemas de supervisão (cronogramas de supervisão, directrizes, ferramentas e relatórios) estavam em vigor em todos os programas observados pela equipe de avaliação. Os ACS entrevistados classificaram consistentemente a supervisão como importante e útil. No **Malawi**, nem todos os ACS entrevistados consideraram a supervisão realizada pelos Assistentes de Vigilância em Saúde Sénior útil, mas apreciaram a supervisão levada a cabo pela DHO e pela SC. Os ACS e os supervisores entrevistados no **Níger** e em **Moçambique** relataram que a frequência das visitas de supervisão diminuiu desde o final do programa RAcE. No **Estado do Níger**, a supervisão alterou-se, passando de visitas mensais ao local para reuniões de pequenos grupos de ACS com os seus supervisores, e depois novamente para visitas mensais no local. No entanto, a irregularidade dos relatórios mensais no último ano do programa indica que essa alteração não foi totalmente implementada.

Qualidade dos serviços prestados pelos ACS

106. Todos os pais ou cuidadores da família entrevistados pela equipe de avaliação consideraram que os serviços prestados pelos ACS eram de qualidade, embora tenham havido pais ou cuidadores da família nas discussões de grupo comunitárias em **Moçambique** a queixar-se que os ACS nem sempre dispunham de todos os medicamentos. Os inquéritos aos agregados familiares finais realizados pelos programas nas áreas onde os serviços de iCCM não existiam antes do programa RAcE, informaram que entre 84 e 98 por cento dos pais ou cuidadores da família que tinham consultado um ACS nas duas semanas anteriores acreditavam que estes forneciam serviços de boa qualidade. Os dados da linha de base para estas áreas não estão disponíveis ou são instáveis, pois são baseados em denominadores muito pequenos. Contudo, em **Moçambique** e no **Malawi**, onde os dados da linha de base estavam disponíveis, a confiança dos pais ou cuidadores da família na qualidade dos cuidados prestados pelos ACS não se alterou e foi globalmente moderada e varia de 62 a 77 por cento.

Tabela 7. Proporção de pais ou cuidadores da família que acreditam que os ACS prestam serviços de saúde de qualidade

Programa	Inquérito de base	Inquérito Final	Significância estatística (p)
RDC	---*	96,0%	N/D
Malawi	67,7%	62,0%	N.S.
Moçambique	74,8%	76,7%	N.S.
Níger	---*	97,6%	N/D
Nigéria, Estado de Abia	---*	84,0%	N/D
Nigéria, Estado do Níger	---*	95,6%	N/D

Fonte: ICF (2017). Relatórios de avaliação final (todos os programas), relatórios de inquéritos de base em Abia e na RDC e bases de dados de inquéritos finais para 33 grupos de pesquisa com ACS activos no Malawi. * Os denominadores de referência eram demasiado pequenos para calcular uma proporção estável. N.S. = sem significância estatística a p <0,01; N/D = não disponível

107. Os inquéritos da linha de base e finais também recolheram dados de pais ou cuidadores da família acerca do diagnóstico e tratamento que os seus filhos receberam dos ACS e de ‘outros prestadores de serviços’. O diagnóstico da malária e da pneumonia requer testes de diagnóstico (teste de diagnóstico rápido ou verificação da frequência respiratória). É incerto se os cuidadores responderam à questão da pesquisa de acordo com a sua percepção da doença da criança ou com o diagnóstico confirmado, baseado num teste de malária ou num teste de diagnóstico rápido. O baixo valor preditivo positivo do denominador de pneumonia em inquéritos demográficos é bem conhecido. [12] Nas situações em que os testes de diagnóstico rápido para a malária tinham acabado de ser introduzidos ao nível da comunidade, isto também se aplicaria à malária, embora a situação possa ser estabilizada uma vez que estes testes se tornem rotineiros em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, incluindo nas farmácias das comunidades. Os únicos indicadores de pesquisa fiáveis que reflectem a qualidade dos cuidados prestados são, por isso, o tratamento da diarreia com SRO + zinco e o uso de testes de sangue na avaliação de crianças com febre.

Tabela 8. Proporção de crianças que receberam tratamento apropriado para a diarreia

Programa	SRO + Zn por um ACS			ORS + Zn por outro prestador de serviços		
	Linha de base	Final	p	Linha de base	Final	p
RDC	--	49,5%	N/D	1,6%	52,9%	<0,01
Malawi	8,9%	13,7%	N.S.	19,8%	24,5%	N.S.
Moçambique	2,2%	22,6%	<0,01	8,1%	31,1%	<0,01
Níger	--	60,1%	N/D	23,3%	64,4%	<0,01
Estado de Abia	--	26,5%	N/D	6,4%	35,2%	<0,01
Estado do Níger	--	66,3%	N/D	12,8%	74,0%	<0,01

Fonte: ICF (2017). Relatórios de avaliação final, excepto o Malawi: base de dados de pesquisa para 33 grupos de pesquisa com ACS activos; N/D = dados não disponíveis; N.S. = sem significância estatística em p <0,01

Tabela 9. Proporção de crianças com febre que realizaram análises ao sangue

Programa	Análise ao sangue por um ACS			Análise ao sangue por outro prestador de serviços		
	Linha de base	Final	p	Linha de base	Final	p
RDC	--	90,5%	N/D	22,0%	75,8%	<0,01
Malawi	0%	61,2%	<0,01	32,2%	60,8%	<0,01
Moçambique	19,1%	51,2%	<0,01	43,9%	51,1%	N.S.
Níger	--	75,4%	N/D	20,6%	68,2%	<0,01
Estado de Abia	--	77,3%	N/D	9,3%	41,0%	<0,01
Estado do Níger	--	77,1%	N/D	33,9%	76,7%	<0,01

Fonte: ICF (2017). Relatórios de avaliação final, excepto o Malawi: base de dados de pesquisa para 33 grupos de pesquisa que com ACS activos. N/D = dados não disponíveis; N.S. = sem significância estatística em p <0,01

108. No início, os ACS formados para o iCCM estavam apenas presentes no **Malawi** e em **Moçambique**. Em ambos os programas, os ACS aumentaram significativamente o uso de testes de diagnóstico rápido para a malária, mas só aumentaram o uso de SRO + zinco para o tratamento da diarreia em **Moçambique**. Os dados sobre os cuidados recebidos pelas crianças em todas as áreas do programa por parte de outros prestadores de cuidados de saúde mostram aumentos significativos no acesso aos testes de sangue da malária em todas as áreas do programa, excepto em Moçambique, e no

acesso ao tratamento com SRO + zinco em todas as áreas, excepto no Malawi. Os aumentos destes dois indicadores foram geralmente mais significativos nas áreas do programa onde existiam poucas alternativas aos serviços de iCCM, ou seja, na **RDC** e no **Estado do Níger**.

109. O relatório de progresso anual de 2016 da OMS lista nove avaliações de qualidade dos cuidados (QoC) concluídas pelos seis programas. No entanto, a equipe de avaliação só conseguiu obter quatro relatórios por parte dos actores não estatais de implementação. Estes incluíam dois relatórios de avaliações de qualidade dos cuidados, realizados pelos parceiros de implementação no **Estado do Níger** [17] e em **Moçambique** [15], um relatório preliminar de estudo de pesquisa operacional da **RDC** [16] e o relatório de avaliação da intervenção mHealth no **Malawi** [11]. O relatório preliminar do estudo no **Estado do Níger** revelou que em 1175 consultas observadas, 50 por cento das crianças foram correctamente classificadas e tratadas para todas as doenças. O desempenho foi mais alto para o tratamento da malária (63%); para a diarreia foi de 33 por cento, e para o tratamento de infecções respiratórias foi de 28 por cento. Os dados apresentados no relatório preliminar ainda estavam a ser revistos no momento da avaliação. Em **Moçambique**, 48 por cento das crianças foram correctamente tratadas ou encaminhadas (malária 76%, infecções respiratórias 56%, diarreia 22%). A avaliação da aplicação mHealth no Malawi informou que, em geral, as crianças com malária, diarreia ou tosse com respiração acelerada receberam tratamentos correctos para as suas doenças, independentemente da ferramenta utilizada. O melhor desempenho foi associado à formação mais recente. O estudo de novas ferramentas de formação e relatórios na RDC relatou que o grupo que usou as ferramentas simplificadas forneceu cuidados de melhor qualidade que o grupo que fez uso das ferramentas padrão, com um resultado geral de tratamento correcto ou encaminhamento de todas as crianças de 55 por cento (69% para a febre, 57% para infecções respiratórias, 65% para a diarreia). A verificação correcta da frequência respiratória não foi relatada em todos os estudos, mas as entrevistas realizadas pela equipe de avaliação com ACS e supervisores na **Nigéria** e na **RDC** confirmaram os resultados de pesquisas publicadas no Malawi que verificaram que os ACS tinham dificuldade em avaliar correctamente as frequências respiratórias. [18]

110. Os sistemas de referência estavam em vigor em todos os países do programa e eram usados de forma apropriada no **Malawi**, em **Moçambique** e no **Níger** e, em menor escala, na **RDC** e na **Nigéria**. Foram relatados encaminhamentos invertidos, das unidades de saúde para os ACS, em entrevistas no **Malawi**, no **Estado de Abia** e na **RDC**, quando as unidades de saúde estavam com rupturas de stock ou os pais ou cuidadores da família não podiam pagar os custos da consulta.

111. Os inquéritos aos agregados familiares da linha de base e finais relataram um alto nível de adesão dos pais ou cuidadores da família ao aconselhamento de referência em todos os programas. No entanto, a revisão das bases de dados dos ACS em que esta informação foi incluída indicou que a adesão foi inferior a 30 por cento. As entrevistas realizadas ao nível da comunidade e das unidades de saúde sugeriram que ambas as fontes de dados podem ser tendenciosas, os inquéritos devido a respostas parciais e as bases de dados dos ACS pelo facto de nem todas as crianças referenciadas terem sido acompanhadas pelos ACS. Os principais motivos para a não adesão aos conselhos de encaminhamento mencionados nas entrevistas com os pais ou cuidadores da família incluíram a distância à unidade de saúde, os custos de utilização, a indisponibilidade de medicamentos, a baixa confiança na eficácia do tratamento e a recepção pouco amigável.

Impacto da adição de um pacote de saúde neo-natal e materna

112. O primeiro projecto para adicionar cuidados maternos e neonatais baseados na comunidade (CBMNC) ao iCCM no Malawi foi testado em 2007. Inicialmente, não foi incluído na subvenção da OMS para a implementação do programa RAcE pela SC, mas foi adicionado em Setembro de 2014. O pacote

do CBMNC foi revisto com apoio do programa RAcE e implementado em apenas um distrito apoiado pelo programa (Ntcheu). Foram formados 288 ACS e 52 supervisores em educação de saúde para mulheres durante a gravidez e pós-parto e no acompanhamento de recém-nascidos. Os ACS realizaram em média 12 a 13 visitas ao domicílio por trimestre (em relação à meta de 66); 31 por cento das mulheres entrevistadas receberam pelo menos uma visita ao domicílio durante a gravidez (em relação à meta de > 45%); e apenas 11 por cento das mães foram visitadas por ACS no prazo de três dias após o parto (em relação à meta de > 30%). A falta de transporte adequado, o acesso limitado dos ACS masculinos a mulheres grávidas e pós-parto nas suas casas, as dificuldades no planeamento das visitas ao domicílio e o ineficiente sistema de registo de nascimento foram citados como as principais razões para a baixa cobertura. O pacote CBMNC não foi totalmente integrado no programa RAcE, e foram implementados sistemas paralelos de supervisão e recolha de dados. Os informantes-chave afirmaram que o CBMNC não recebeu a atenção necessária para uma implementação adequada e bem-sucedida. A monitorização da implementação do pacote não foi incluída no contrato entre a OMS e a ICF e, por essa razão, não foi incluída no relatório final de avaliação do programa preparado pela ICF. Embora os resultados pretendidos para a integração dos cuidados maternos e neonatais no programa RAcE não tenham sido alcançados, o CBMNC foi apoiado por outros parceiros de desenvolvimento em vários outros distritos e foi planeada a introdução do pacote a nível nacional.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 7

A pesquisa operacional conduzida no âmbito dos programas RAcE gerou novos conhecimentos sobre a implementação do iCCM a nível local ou nacional?

Foram realizadas dez pesquisas operacionais durante a Iniciativa RAcE. No momento da avaliação, apenas tinham sido divulgados os resultados (preliminares) de três estudos, que contribuíram para mudanças de políticas ou programas na Nigéria, no Malawi e na RDC.

Tabela 10. Pesquisa operacional conduzida pelos programas RAcE

Programa	Tópico de pesquisa	Estado
RDC	Desenvolvimento e teste de ferramentas simplificadas e um currículo melhorado para o iCCM	Completa e divulgada
Malawi	Tratamento de infecção infantil jovem no distrito de Ntcheu	Completa, resultados preliminares divulgados
Moçambique	Carga de trabalho dos APE Comparação dos dois modelos de apoio à supervisão Qualidade da gestão de casos de crianças doentes prestada pelos APE	Completa, não divulgada Completa, não divulgada Completa, não divulgada
Níger	Cumprimento dos protocolos de diagnóstico e tratamento da AIDI por parte dos RComs Estudo clínico de caso sobre o uso do smartphone pelos RComs para o diagnóstico e tratamento de doenças infantis no Níger ocidental	Completa, não divulgada Completa, não divulgada
Estado de Abia	Eficácia da supervisão por pares dos CORP	Completa, não divulgada
Estado do Níger	Eficácia da supervisão por pares dos CORP Gestão de casos de pneumonia severa na comunidade	Não completada Não completada

APE, RCom, CORP = abreviações para os ACS em Moçambique, no Níger e na Nigéria

113. Apenas foram divulgados os resultados de dois estudos operacionais concluídos, que informaram alterações programáticas. O estudo sobre a supervisão por pares no Estado de Abia não encontrou nenhuma vantagem na sua aplicação e recomendou que os modelos e estruturas tradicionais

de supervisão não fossem substituídos. Isto levou ao abandono da supervisão por pares nos **Estados de Abia e do Níger**. Na **RDC**, um estudo controlado dos registos simplificados e das ferramentas de formação revistas documentou a melhoria da qualidade dos serviços e dos dados, assim como a melhoria da eficiência e o menor custo da prestação de serviços de iCCM. As ferramentas foram adoptadas pelo MS provincial e estão a ser revistas noutras províncias e discutidas a nível nacional. Também houve pedidos de reprodução por parte de outros países. Embora ainda não tenha sido concluída, os resultados preliminares da pesquisa operacional sobre o tratamento de infecções bacterianas graves em unidades de saúde de referência de primeiro nível no **Malawi** já foram divulgados e informaram a decisão de expandir essa intervenção-piloto. A maioria das pesquisas operacionais foi concluída no momento da recolha de dados para a avaliação, mas os relatórios ainda não estavam disponíveis para a equipe de avaliação e os resultados ainda não tinham sido divulgados, excepto a apresentação dos estudos acima mencionados na reunião de divulgação do programa RAcE em Abuja em Outubro de 2017.

QUESTÕES DE AVALIAÇÃO 8 E 9

Qual foi a contribuição dos programas RAcE para o fortalecimento da participação e inclusão da comunidade nos sistemas de saúde?

Em que medida os programas RAcE contribuíram para o aumento da satisfação das comunidades com os serviços de saúde infantil prestados pelos ACS?

Todos os programas RAcE envolveram líderes e membros da comunidade nos processos de tomada de decisão, mas o grau de envolvimento e participação destes variou. As comunidades participaram na eleição ou nomeação dos ACS em todos os programas, excepto no Malawi. Os comités de saúde existentes foram revitalizados e apoiados na RDC, no Malawi, em Moçambique e na Nigéria, no entanto, as evidências de eficácia são limitadas.

As evidências da eficácia das estratégias para encorajar as comunidades a apoiar os ACS não são conclusivas, embora tenham sido relatados exemplos de apoio comunitário na RDC, no Malawi e no Estado do Níger.

Foram implementadas actividades de mobilização e sensibilização social em todos os programas. Os pais ou cuidadores da família estavam conscientes da presença de um ACS na sua comunidade e uma grande maioria foi capaz de mencionar pelo menos dois serviços prestados, excepto no Malawi. No entanto, conhecimento dos pais ou cuidadores da família sobre a causa da malária não se alterou significativamente.

Os grupos e líderes comunitários expressaram satisfação com os serviços do ACS de forma consistente. Os grupos de pais ou cuidadores da família classificaram os ACS como o primeiro ponto de contacto para a procura de cuidados em todos os programas.

Os inquéritos finais confirmaram grandes mudanças na procura de cuidados dos prestadores tradicionais para os ACS. Esta alteração foi estatisticamente significativa em todos os países, mas particularmente elevada no Níger, no Estado do Níger e na RDC e, em menor grau, no Estado da Abia, em Moçambique e no Malawi.

Participação da comunidade e inclusão nos sistemas de saúde

114. Todos os programas RAcE envolveram líderes e membros da comunidade nos processos de tomada de decisão, mas o grau de envolvimento e participação destes variou. Os membros da comunidade nomearam os ACS por eleição na **RDC** e em **Moçambique**. No **Níger** e na **Nigéria**, foram nomeados por líderes locais.

115. Outras estratégias utilizadas para envolver os membros da comunidade foram a revitalização dos comités de saúde existentes (**RDC**, **Malawi**, **Moçambique** e **Nigéria**) e a formação dos seus membros nas actividades de mobilização da comunidade. A eficácia dessas estratégias não é conclusiva. Na **RDC**, os informantes-chave reconheceram que a capacidade das estruturas comunitárias não foi suficientemente fortalecida para apoiar o funcionamento de prestação de cuidados na comunidade. No **Malawi**, 4.605 membros de estruturas comunitárias existentes foram formados para sensibilizar e mobilizar a comunidade, mas o acompanhamento e a monitorização das actividades de mobilização foram limitados. Da mesma forma, em **Moçambique**, os membros do comité de saúde da comunidade receberam formação sobre o diálogo comunitário e a realização de actividades de mobilização da comunidade, mas não há dados disponíveis sobre o número de actividades realizadas. Uma avaliação qualitativa conduzida pelo Malaria Consórcio em **Moçambique** descobriu que as comunidades que receberam formação registavam maiores graus de participação da comunidade. [19] Na **Nigéria**, os comités de desenvolvimento distritais e os comités de saúde das aldeias foram apoiados, e foram realizadas reuniões de sensibilização, especialmente no **Estado do Níger**. O apoio fornecido pelas comunidades aos ACS no **Estado do Níger** foi relatado como sendo mais significativo do que nos outros programas. Isto não pôde ser confirmado nas entrevistas e discussões de grupo realizadas durante a missão de avaliação.

116. O programa RAcE utilizou diferentes estratégias para encorajar as comunidades a apoiar os serviços de iCCM na sua comunidade. Estas foram relativamente eficazes na **Nigéria**, eficazes de forma limitada no **Malawi** e na **RDC**, e muito limitadas no **Níger**. No **Níger**, os chefes das comunidades estiveram envolvidos no planeamento da sustentabilidade para defender compromissos duradouros de apoio aos ACS através de recursos materiais ou financeiros e assinaram uma declaração por escrito sobre o seu compromisso de apoiar os ACS. Em geral, os chefes das aldeias apoiaram o iCCM, mas foram mobilizados muito poucos recursos materiais ou financeiros. Os membros da comunidade estavam relutantes em contribuir para o apoio dos ACS porque os serviços de iCCM tinham sido anunciados como gratuitos. Na **RDC**, os ACS relataram que muitos membros da comunidade acreditavam que eles eram pagos pelos seus serviços e, por essa razão, não viam necessidade de apoiá-los. Contudo, os ACS receberam reconhecimento pelos chefes das suas aldeias. No **Estado do Níger**, o apoio financeiro e em espécies por parte da comunidade aos ACS durante o período do programa foi estimado pelo Malaria Consórcio em 121.000 USD [13]. Os ACS entrevistados confirmaram o apoio em espécies, como a assistência no trabalho agrícola e a isenção de tarefas e impostos comunitários e, em menor grau, o apoio material por parte das suas comunidades, mas consideraram-no insuficiente e insatisfatório. O reconhecimento dos serviços prestados pelos ACS pelos líderes comunitários foi mencionado como uma forma importante de apoio da comunidade em ambos os programas na **Nigéria**. Os ACS entrevistados no **Estado de Abia** relataram que não receberam apoio material das suas comunidades, mas receberam reconhecimento, estatuto e alguns privilégios que consideraram como os principais factores para a sua motivação. No **Malawi**, os membros dos comités de saúde das aldeias participaram na gestão de stocks na clínica da aldeia através de um sistema de fechadura dupla da caixa de medicamentos e também foram encorajados a apoiar a construção de casas para os ACS e de instalações de resíduos das clínicas da aldeia, embora sem qualquer contribuição directa do programa RAcE.

Conhecimento e percepção dos pais ou cuidadores da família relativamente aos serviços de iCCM

117. Foram organizadas actividades de mobilização social e sensibilização em todos os países, quer através de organizações subcontratadas (**Nigéria**, **Moçambique**), membros da comunidade qualificados (**Moçambique**, **Malawi**) ou ACS (**RDC**, **Moçambique**, **Níger**). Na Nigéria, foram envolvidas organizações baseadas na comunidade de forma a obter acesso às comunidades. Isto foi amplamente eficaz na

superação da utilização inicial lenta dos serviços de iCCM. As actividades de mobilização social e educação pública incluíram campanhas nos meios de comunicação social, materiais de promoção, diálogos comunitários, teatros comunitários e outras actividades de sensibilização. Os parceiros da RAcE em **Moçambique** também lançaram uma campanha de comunicação para a mudança de comportamentos (CMC) através de materiais promocionais e 10 programas de rádio produzidos nas línguas locais. O impacto da campanha não foi avaliado pelo programa e não pôde ser confirmado pela equipe de avaliação. Também foram realizadas actividades de sensibilização na **RDC**, no **Malawi**, em **Moçambique** e no **Níger**, por parte de mobilizadores comunitários qualificados ou pelos ACS. No **Níger**, os pais ou cuidadores da família e os ACS entrevistados consideraram a sensibilização importante para os ajudar a entender o trabalho dos ACS, incluindo as suas limitações, e para apoiar os pais e cuidadores da família na adopção de práticas de saúde preventivas. Muitos outros programas de saúde também realizaram actividades de sensibilização nas áreas de implementação do programa RAcE.

118. De um modo geral, os pais ou cuidadores da família estavam conscientes da presença de um ACS na sua comunidade (embora em menor grau no **Estado de Abia**) e uma grande maioria foi capaz de mencionar dois serviços terapêuticos prestados, excepto no Malawi. No entanto, o conhecimento dos pais ou cuidadores da família sobre a causa da malária não se alterou significativamente.

Tabela 11. Alguns indicadores de conhecimento dos pais ou cuidadores da família

Programa	Sabe qual a causa da malária			Conhece ACS formados para o iCCM			Conhece 2 serviços prestados		
	Linha de base	Final	p	Linha de base	Final	p	Linha de base	Final	p
RDC	N/A	42,0%	N/A	10,4%	94,7%	<0,01	43,4%	77,5%	<0,01
Malawi	91,1%	83,6%	N.S.	92,4%	93,1%	N.S.	38,4%	35,0%	N.S.
Moçambique	67,4%	75,9%	N.S.	62,0%	93,4%	<0,01	49,2%	69,1%	N.S.
Níger	89,9%	84,8%	N.S.	1,0%	99,8%	<0,01	N/A	77,4%	N/A
Estado de Abia	69,2%	70,8%	N.S.	2,1%	65,4%	<0,01	N/A	71,6%	N/A
Estado do Níger	61,2%	77,8%	N.S.	--	92,9%	N/A	14,3%	78,1%	<0,01

Fonte: ICF (2017). Relatórios de avaliação final, com exceção do Malawi, dados recolhidos da base de dados de 33 grupos de pesquisa com ACS activos. N/D = dados não disponíveis ou amostra demasiado pequena para o cálculo da taxa; N/A = não aplicável; N.S. = sem significância estatística em $p < 0,01$

119. Nas discussões de grupo, os membros da comunidade e os líderes comunitários expressaram satisfação com os serviços dos ACS de forma consistente. Na **RDC**, no **Níger** e no **Estado do Níger**, as taxas de satisfação foram muito elevadas (variando entre 94% e 99%) e as comunidades referiram que havia poucas alternativas aceitáveis para os pais. No **Estado de Abia**, as taxas de satisfação também foram altas (83%) e os pais ou cuidadores da família citaram o acesso fácil, a ausência de taxas de utilização e a familiaridade/amigabilidade como a principal razão para passar a recorrer os ACS como prestadores de serviços de saúde infantil. No **Malawi** e em **Moçambique**, as taxas de satisfação foram ligeiramente mais baixas (70% e 78%, respectivamente) e apesar das comunidades entrevistadas em ambos os países se mostrarem satisfeitas, também expressaram preocupações sobre a disponibilidade e horário de funcionamento limitados (**Malawi**), a falta de disponibilidade regular de medicamentos (**Moçambique**) e a gama limitada de serviços de saúde prestados (**Malawi**, **Moçambique**). Em **Moçambique**, a equipe de avaliação observou frequentemente a tensão entre a procura de mais serviços curativos por parte das comunidades e a política nacional que especifica que os ACS devem dedicar apenas 20 por cento do seu tempo aos serviços curativos.

Escolha dos ACS como primeira opção de prestação de cuidados

120. Em todos os países, as discussões de grupo na comunidade classificaram os ACS como a primeira escolha na procura de cuidados para as crianças doentes. Isto confirma os resultados dos inquéritos aos agregados familiares finais (ver Tabela 3). Os aumentos variaram entre 38 por cento no **Estado de Abia** e 77 por cento no **Estado do Níger**. Em algumas comunidades no **Estado do Níger** e em **Moçambique**, o centro de saúde mais próximo foi classificado como a mais importante fonte de prestação de cuidados de saúde, mas mesmo assim os grupos identificaram os ACS como a primeira escolha. Os pais ou cuidadores da família em **Moçambique** e no **Níger** também relataram que procuraram conselho ou tratamento mais cedo. Os dados do inquérito sugerem que houve uma grande alteração na procura de cuidados de saúde, de qualquer tipo de prestador de cuidados de saúde para os ACS. Esta mudança foi estatisticamente significativa em todos os países, mas particularmente elevada no **Níger**, no **Estado do Níger** e na **RDC**.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO 3

121. A avaliação nesta área examinou até que ponto os programas RAcE contribuíram para políticas e ambientes regulatórios em apoio ao iCCM como componentes-chave da prestação de serviços de saúde. Foram formuladas duas questões de avaliação sobre esta área na matriz de avaliação preparada inicialmente. Durante o decurso da avaliação, a equipe de avaliação percebeu que duas das subquestões da matriz, que lidavam com o modelo de contratação de parceiros através de subvenções e com o planeamento de sustentabilidade, abordavam aspectos bastante distintos da avaliação. Assim sendo, a equipe de avaliação desagregou-as, criando uma terceira questão de avaliação e ajustou a matriz de avaliação de acordo com esta alteração.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 10

Qual foi a contribuição da Iniciativa RAcE para as evidências locais, nacionais e globais do iCCM?

A Iniciativa RAcE demonstrou que é viável prestar serviços de iCCM com cobertura regional e, dessa forma, melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade para crianças em áreas rurais com infra-estruturas de serviços de saúde precárias, como uma contribuição importante para o alcance da cobertura universal de saúde. A Iniciativa documentou a importância de associar o iCCM a outros componentes básicos dos sistemas de saúde, a fim de assegurar o fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade, a supervisão funcional de apoio e a motivação contínua dos ACS, bem como a integração dos dados de saúde do nível da comunidade no sistema nacional de gestão de informação da saúde.

A Iniciativa RAcE não foi concebida para gerar ou fortalecer as evidências da eficácia do iCCM. Forneceu evidências qualitativas de que o iCCM é eficaz na redução da mortalidade infantil, mas os sistemas nacionais de estatísticas vitais e sistemas da gestão de informação de saúde não foram suficientemente desenvolvidos para confirmar isto através de uma estimativa de números ou de taxas de redução.

A Iniciativa RAcE gerou evidências limitadas relativamente às abordagens efectivas levadas a cabo para aumentar o envolvimento da comunidade no apoio ao iCCM e em questões de igualdade de género no fornecimento e procura de serviços de iCCM.

Evidências da viabilidade e dos requisitos do sistema de saúde para a expansão do iCCM

122. A Iniciativa RAcE demonstrou que é viável fornecer serviços de iCCM com cobertura de toda uma região e, dessa forma, melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade para crianças em regiões rurais com infra-estruturas de saúde precárias. Isto também se aplicou a regiões que foram desafiadas por conflitos civis de longa data, como é o caso no este da **RDC**. Contudo, o desenvolvimento de

critérios de selecção para as instalações de iCCM deve ser feito com cuidado e a selecção requer revisões frequentes, pois a cobertura das infra-estruturas para a saúde não é estática. Quando os locais de manejo de casos na comunidade são estabelecidos em comunidades que têm acesso a alternativas públicas ou privadas para a prestação de serviços de saúde, o resultado pode ser uma alteração na procura de cuidados de saúde para os ACS por conveniência, custo ou qualidade percepionada. Também pode resultar no encaminhamento invertido, das unidades de saúde para as comunidades/ ACS. Isso foi observado em vários programas RAcE, particularmente no **Estado de Abia**. Isso resultou numa maior satisfação dos pais ou encarregados de saúde em relação aos serviços prestados e, de acordo com os inquéritos finais, numa melhor qualidade dos cuidados. No entanto, o iCCM não foi a única opção para aumentar a disponibilidade e a qualidade dos serviços em comunidades onde a distância geográfica não constituía a maior barreira ao acesso. Apenas uma análise comparativa das diferentes abordagens poderia determinar se essa foi a melhor opção.

123. A avaliação da Iniciativa RAcE documentou que o fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade é um factor-chave na promoção do apoio da comunidade e na procura atempada de cuidados de saúde, assim como na motivação contínua dos ACS e na prestação de serviços de qualidade. No entanto, os sistemas de aquisição e gestão de fornecimentos para os serviços de nível comunitário são fracos e subdesenvolvidos em muitos países, incluindo os abrangidos pela Iniciativa RAcE. Embora a situação do fornecimento fosse relativamente estável (com algumas excepções) durante o período de implementação do programa RAcE, no momento da avaliação a situação tinha piorado em todos os países onde o programa já tinha terminado. Isto aponta para a necessidade de planejar iniciativas de expansão do iCCM com prazos mais longos e com uma transição para a sustentabilidade mais alargada.

124. A Iniciativa RAcE demonstrou que os ACS formados de forma correcta e supervisionados de perto são capazes de prestar cuidados de qualidade, incluindo o diagnóstico de malária utilizando o teste de diagnóstico rápido e o tratamento adequado da malária. Confirmou outros estudos (ver revisão de literatura) onde era afirmado que a verificação da frequência respiratória para o diagnóstico da pneumonia infantil é difícil e requer apoio à supervisão e formação específica. Em alguns programas foram usadas ferramentas como a contagem de missangas (por exemplo, na RDC), mas a sua eficácia relativa não foi avaliada. A questão do estatuto dos ACS e dos tipos de incentivos necessários para manter a sua motivação não foi resolvida, e não é provável que possa haver uma solução generalizada para todos os países. No entanto, os efeitos desmotivadores das alterações nas modalidades e nos níveis de incentivos fornecidos podem ser observados no **Estado do Níger**. Estas são mais prováveis de ocorrer quando os programas do iCCM são implementados como projectos de duração limitada com modalidades definidas por parceiros internacionais, apontando para a necessidade da implementação de políticas e directrizes nacionais de iCCM, incluindo os incentivos para os ACS.

125. Estava a ser realizado um estudo de três países pelo Swiss Tropical and Public Health Institute sobre os efeitos do iCCM nos sistemas de saúde e sobre o programa RAcE no momento da avaliação e não havia relatórios disponíveis. A equipe de avaliação não pôde avaliar a sua contribuição para evidências globais ou regionais.

126. Um estudo na **RDC** avaliou se as ferramentas simplificadas e ilustradas de relatórios e formação para os ACS afectavam a qualidade dos cuidados prestados, a carga de trabalho dos ACS e a relação custo-eficácia do iCCM. O estudo descobriu que os ACS que usavam ferramentas simplificadas tinham cinco vezes mais hipóteses de investigar correctamente todos os sinais de perigo, e as crianças tinham três vezes mais hipóteses de receber o tratamento adequado. Os ACS que usaram ferramentas simplificadas gastaram em média 11 minutos a menos no manejo de casos, o que, de acordo com o estudo, se traduziu numa redução de mais de seis horas na sua carga de trabalho mensal. A redução de custos de 4.418 USD por 100 ACS no primeiro ano de operação foi calculada devido à redução dos

custos de produção e distribuição em comparação com os registos nacionais utilizados. [16] As ferramentas de relatório e formação foram adoptadas pelo Ministério da Saúde provincial. De acordo com os funcionários do programa, isto também aumentou o recrutamento de ACS femininas que estavam sub-representadas devido ao baixo nível de educação das mulheres oriundas das áreas rurais do programa.

Evidências da eficácia do manejo de casos na comunidade

127. A Iniciativa RAcE não foi concebida para gerar evidências da eficácia do manejo de casos na comunidade. A avaliação identificou apenas dois estudos de eficácia realizados com o apoio do programa RAcE. No **Estado do Níger**, foi realizado um estudo sobre o manejo de casos na comunidade de pneumonia grave em crianças, diagnosticada através da observação da tiragem subcostal no tórax. [21] Os resultados do estudo ainda não estavam disponíveis no momento da avaliação. Um estudo no **Malawi** pesquisou a possibilidade de fornecer cuidados para infecções respiratórias graves através de uma combinação do tratamento numa unidade de saúde de primeiro nível com gentamicina e o acompanhamento na comunidade por parte dos ACS. Os resultados preliminares mostraram que esta abordagem foi mais aceitável para pais ou cuidadores da família do que o encaminhamento para o hospital, e que os níveis de adesão ao tratamento e acompanhamento foram elevados. [20] A análise dos resultados do tratamento ainda não estava concluída no momento da avaliação.

128. A Iniciativa RAcE contribuiu para o acesso de quase oito milhões de crianças a serviços de saúde essenciais. (ver Tabela 6) Em algumas áreas do programa, os prestadores de cuidados alternativos estavam disponíveis conforme indicado pelos dados do inquérito da linha de base apresentados na Tabela 4, mas os programas RAcE contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados de acordo com os dados dos inquéritos apresentados na Tabela 8 e na Tabela 9. Os membros da comunidade, os funcionários dos centros de saúde e as autoridades administrativas de saúde entrevistadas pela equipe de avaliação expressaram unanimemente a percepção de que os programas resultaram numa grande redução na mortalidade infantil nas comunidades do programa RAcE. Embora isto seja uma evidência qualitativa credível, não estavam disponíveis dados sobre a taxa de mortalidade infantil que permitissem confirmá-la e fornecer estimativas quantificadas. As estatísticas vitais e sistemas de registo civil nos países do programa não registaram mortes infantis nas comunidades, os sistemas de informação de saúde comunitária estavam a ser desenvolvidos, mas ainda não estavam totalmente funcionais na maioria dos países, e os inquéritos demográficos nacionais realizados antes do início da iniciativa não dispunham de um enquadramento temporal ou quadro de amostragem que permitisse gerar dados apropriados para a concepção de um modelo epidemiológico. As estimativas de redução da mortalidade total e específica para cada doença que foram feitas pela ICF através do modelo LiST não são credíveis devido à falta de dados fiáveis. Isto é discutido mais adiante na questão de avaliação 13.

Evidências da eficácia das estratégias de envolvimento da comunidade e criação de procura

129. Muitas poucas evidências foram geradas pela Iniciativa RAcE no âmbito das barreiras de procura que afectam a compreensão dos pais ou cuidadores da família sobre a doença, as preferências por remédios caseiros e tratamentos alternativos, a autonomia limitada na tomada de decisão de procura de cuidados e tratamentos e a confiança na qualidade dos serviços de iCCM. Apesar de os inquéritos da linha de base e finais terem recolhido alguns indicadores que fornecem informações sobre se houve alterações em termos do conhecimento dos sinais de perigo e sensibilização e confiança nos ACS, os factores que afectam as mudanças positivas ou negativas observadas não foram examinados. Um estudo sobre as barreiras comportamentais para um comportamento de procura de cuidados de saúde

aquedado foi inicialmente agendado em **Moçambique**, mas acabou por ser removido do programa RAcE e realizado através de outro financiamento.

130. Todos os programas implementaram actividades para envolver as comunidades no apoio aos serviços de iCCM. Os programas na **RDC**, no **Malawi**, no **Níger** e na **Nigéria** incluíram actividades de motivação das comunidades para fornecer incentivos para reter os seus ACS. As abordagens incluíram o trabalho através de líderes religiosos e comunitários, comités de saúde nas aldeias ou voluntários formados para a motivação das comunidades. Os resultados foram mistos, com alguns casos de sucesso de comunidades que construíram casas ou clínicas nas aldeias para os ACS, no **Malawi**, **RDC** e **Estado do Níger**, ou de fornecimento de bicicletas, ferramentas agrícolas ou subsídios. Estes foram, no entanto, exemplos casuais em todos os casos. A questão dos incentivos da comunidade foi discutida pela equipe de avaliação em discussões de grupo com os ACS. Os participantes das DG expressaram, em geral, apreço pelo reconhecimento e privilégios que receberam devido à sua posição como ACS como, por exemplo, a isenção de impostos e deveres comunitários. No entanto, a esmagadora maioria afirmou que as suas comunidades não entendiam a necessidade de fornecer apoio material, mesmo que no mínimo, por exemplo, comprar canetas para completar registo ou pilhas para as lanternas usadas para examinar crianças à noite.

131. Não foi gerada nenhuma evidência para o efeito do iCCM na igualdade de género no fornecimento e procura de serviços de iCCM em nenhum dos programas. A equipe de avaliação ouviu vários relatos de empoderamento das mulheres como ACS e sobre o aumento do poder de tomada de decisão na procura de cuidados e tratamentos por parte das mães das crianças. Contudo, nenhum deles foi apoiado por uma análise de género que documentasse as alterações que poderiam ser associadas à Iniciativa RAcE de forma convincente. Isto é discutido mais à frente nas questões de avaliação 14 e 15.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 11

Em que medida o modelo de contratação de parceiros através de subvenções usado na Iniciativa RAcE contribuiu para aumentar o domínio e a capacidade de implementação do iCCM a nível distrital, estatal/regional e nacional?

A adopção da abordagem de contratação de parceiros através de subvenções pela Iniciativa RAcE assegurou a implementação efectiva dos programas e, simultaneamente, o fortalecimento das estruturas nacionais, políticas e a apropriação do iCCM.

132. O acordo de subvenção entre o Governo do Canadá e o Programa Global da Malária da OMS especificou que '*A RAcE 2015 concederá subsídios de até 2.000.000 USD por ano, renováveis até cinco anos, a instituições ou organizações seleccionadas que apresentem propostas bem-sucedidas que visem fortalecer ... iCCM*'. [3] No âmbito de um processo competitivo, foram seleccionados quatro actores não estatais internacionais e um nacional para implementar os programas RAcE nos cinco países, em parceria com os governos nacionais e subnacionais. Isto criou uma estrutura tripartida em cada país do programa, constituída por um departamento relevante do MS, o escritório nacional da OMS (WCO) e um actor não estatal contratado, cada um com funções distintas, mas por vezes sobrepostas, no âmbito da implementação do programa. Para os WCO e os MS nacionais, esta foi uma situação nova, pois geralmente cooperam directamente sem um terceiro parceiro intermediário. Conforme um informante-chave do MS disse à equipe de avaliação: '*A OMS é a nossa agência, pertence à nos*', reflectindo a natureza associativa da organização.

Contribuição da RAcE para as políticas, estratégias e directrizes nacionais de iCCM

133. As opiniões das partes interessadas sobre a eficácia e adequação da abordagem de contratação de parceiros através de subvenções diferem entre os países e também entre as partes interessadas a

nível central e descentralizado. Os altos funcionários nacionais do MS na **Nigéria** e no **Malawi** expressaram alguma insatisfação, argumentando que os seus ministérios eram capazes de implementar o programa e que o recrutamento adicional de um actor não estatal apenas aumentava os custos. Contudo, no nível descentralizado (província, estado ou região), houve uma apreciação unânime do apoio à implementação fornecido pelo actor não estatal parceiro, em todos os programas. Isto foi especialmente evidente nos programas implementados em regiões remotas de países altamente descentralizados, como por exemplo na **RDC**.

134. Em todas as revisões dos programas dos países, as equipes de avaliação constataram que havia uma divisão de tarefas muito funcional entre os WCO e os actores não estatais parceiros de implementação. Os agentes dos WCO dedicados ao iCCM actuaram como consultores políticos e defensores do iCCM no contacto com os governos; promoveram e coordenaram intervenções do programa RAcE com parceiros financeiros e técnicos internacionais (particularmente o UNICEF, os principais beneficiários dos subsídios do FG, e as agências implementadoras de financiamento do PMI, incluindo a USAID); foram instrumentais no apoio ao desenvolvimento ou revisão de políticas, estratégias e directrizes de iCCM pelas autoridades nacionais de saúde; e asseguraram que as lições geradas pela implementação do programa RAcE ao nível do terreno eram continuamente abordadas nas discussões dos grupos de trabalho nacionais do iCCM e nos grupos de trabalho técnico nos quais os actores não estatais de implementação também participaram. Além disso, supervisionaram as acções dos actores não estatais subcontratados no terreno, inclusive através de visitas de monitorização conjuntas com os funcionários do MS ao nível central e, por vezes, com outros parceiros.

135. Os representantes das organizações internacionais de saúde parceiras nos países expressaram opiniões positivas gerais sobre o papel dos WCO como consultores técnicos e políticos para os governos nacionais e como convocadores dos grupos de trabalho e comités técnicos do iCCM a nível nacional. Apenas num dos países, um dos parceiros internacionais de desenvolvimento expressou reservas relativamente ao envolvimento aparentemente insuficiente dos WCO com o fórum de agências doadoras internacionais. Embora houvesse evidências de que os agentes do iCCM do WCO apresentaram o progresso do programa RAcE ao fórum, o WCO indicou que a OMS não é uma ‘agência doadora’ e, por essa razão, não é membro do fórum de doadores.

136. Os informantes-chave a nível global e regional, incluindo os funcionários da OMS e do GAC, expressaram pontos de vista divergentes sobre a eficácia do modelo de subvenções. Um informante apontou que o projecto inicial da Iniciativa RAcE previa que as agências governamentais nacionais e os actores não estatais iriam competir por subsídios ao mesmo nível. Isto é confirmado pelo texto do acordo de subvenção entre o Canadá e a OMS, que afirma que ‘o financiamento está aberto a entidades governamentais e não-governamentais’ [3]. Após as discussões iniciais sobre a publicação da abertura de solicitações de propostas por parte de governos, a OMS decidiu abrir a competição apenas aos actores não estatais, colocando, no entanto, baseando a selecção no compromisso e capacidade destes de apoiar os serviços do governo. O mesmo interveniente também observou que a OMS via a abordagem da contratação de parceiros através de subvenções como um modelo de transição para ajudar os países a expandir o iCCM, que deveria ser posteriormente descontinuado. Esta foi a abordagem levada a cabo em **Moçambique**, onde o programa RAcE forneceu o apoio necessário para a expansão do iCCM à escala nacional. Podem ser levantadas questões sobre a adequação desta abordagem no **Malawi**, onde o iCCM já estava bem estabelecido a nível nacional.

Contribuição da RAcE para a capacidade nacional de implementação de programas de iCCM

137. Os actores não estatais contratados através de subvenções desempenharam funções importantes a nível operacional na implementação do programa. Trabalharam em estreita colaboração

com as estruturas governamentais descentralizadas através de uma variedade de modelos, incluindo a integração total nessas estruturas, como no **Estado de Abia**, e o destaque de funcionários dos actores não estatais para os departamentos do Ministério da Saúde, como no **Níger**. Nos locais dos programas onde não existiam unidades de implementação do iCCM do Ministério da Saúde, como por exemplo na **RDC** e na **Nigéria**, os actores não estatais parceiros promoveram a criação dessas unidades e apoiaram-nas durante todo o programa. Também tiveram um papel importante no estabelecimento e apoio dos comités técnicos e de coordenação do iCCM de nível descentralizado.

138. No geral, as evidências recolhidas pela equipe de avaliação confirmam que a adopção da abordagem de contratação de parceiros através de subvenções pela Iniciativa RAcE assegurou a implementação efectiva dos programas e, simultaneamente, o fortalecimento das estruturas nacionais, políticas e a apropriação do iCCM. Existem alguns pontos de vista que defendem que os programas nacionais de iCCM existentes que adquiriram um alto nível de maturidade podem ser apoiados de forma mais eficiente sem a contratação de actores não estatais intermediários, mas a equipe de avaliação não encontrou evidências contra factuais que confirmassem esta visão.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 12

Os programas RAcE desenvolveram e implementaram roteiros de sustentabilidade realísticos e efectivos?

O planeamento proactivo de sustentabilidade ao nível dos países foi iniciado em 2015. A ICF foi contratada para apoiar o processo de desenvolvimento de um quadro de referência e roteiro para a sustentabilidade em todos os países. Os documentos foram finalizados em 2017, mas apenas o quadro de referência do Estado do Níger tinha sido validado pelo MS estadual no momento da avaliação. Embora os funcionários do MS nos estados e países tenham apreciado o processo participativo e os seus resultados, também expressaram reservas sobre o momento tardio do exercício. No momento da avaliação, o financiamento destinado a dar continuidade ao apoio ao iCCM nas comunidades abrangidas pela iniciativa só tinha sido mobilizado em Moçambique e no Malawi. Na RDC, no Níger e na Nigéria, os fundos para continuar os serviços ainda não eram apropriados, havendo uma grande probabilidade de lacunas de financiamento e uma diminuição no acesso e qualidade do tratamento.

Viabilidade dos roteiros de sustentabilidade

139. Em 2015, a cerca de metade do período da Iniciativa RAcE, o GMP da OMS observou que a sustentabilidade dos programas financiados pela iniciativa não recebia atenção suficiente nem uniforme por parte dos parceiros de implementação. Dessa forma, lançou um convite à apresentação de propostas para '*apoiar uma transferência sustentável dos seis projectos individuais da RAcE para os Ministérios da Saúde*' [22]. O contrato foi adjudicado à ICF em Março de 2016.

140. A ICF apoiou um processo estruturado de planeamento de sustentabilidade envolvendo o desenvolvimento participativo de quadros de referência para a sustentabilidade e roteiros para a sustentabilidade específicos para cada país, assim como planos de transição para a transposição de funções dos actores não estatais para os MS. Os roteiros para a sustentabilidade, na maioria finalizados no início de 2017, foram formatados para serem publicados com os logotipos nacionais dos ministérios da saúde. No momento da avaliação, apenas o roteiro para o **Estado do Níger** tinha sido validado pelo Comissário de Estado da Saúde. [23] Os outros cinco roteiros analisados pela equipe de avaliação tinham apenas espaços reservados para aprovações ministeriais e o seu estatuto enquanto documentos do MS não era claro. A maioria dos planos de transição foi desenvolvida e finalizada no último trimestre de 2016. Após a monitorização da implementação dos roteiros que, durante os primeiros meses, incluíram principalmente acções a serem tomadas pelos actores não estatais de implementação, a ICF

preparou relatórios finais de síntese sobre o processo de planeamento de sustentabilidade e facilitou reuniões nacionais para discutir resultados e desafios. Nem todas estas reuniões tinham sido concluídas no momento da avaliação.

141. Uma revisão dos quadros de referência, roteiros, relatórios de monitorização e relatórios finais de síntese de todos os programas revela padrões semelhantes. Os actores não estatais, em geral, implementaram ou iniciaram a implementação das actividades planeadas para 2017 que estavam sob o seu domínio. Estas envolviam frequentemente formações, a transição de materiais para o parceiro do governo, o estabelecimento de planos e sistemas operacionais para dar continuidade à supervisão e ao fornecimento de medicamentos e a transferência completa da gestão de dados do iCCM, no caso de essa tarefa ainda ser parcialmente realizada pelos actores não estatais.

142. Os altos funcionários do governo (Director-geral do Nível de Direcção) entrevistados durante a visita de avaliação expressaram um alto nível de apreciação do processo de planeamento de transição e reconheceram a sua participação nas reuniões e conferências. No **Malawi**, em **Moçambique** e no **Estado do Níger**, houve evidências de que o MS tinha iniciado as actividades do roteiro que eram exclusivamente do seu domínio e que usou o roteiro para levar a cabo o planeamento operacional, em certa medida. A avaliação não encontrou evidências da acção do MS na **RDC**, no **Níger** ou no **Estado de Abia**, nem na **Nigéria**, a nível federal. Alguns funcionários de nível inferior entrevistados durante a avaliação, como os agentes de iCCM nos serviços descentralizados do MS, também reconheceram o conhecimento do processo de planeamento de transição, e vários reconheceram também a sua participação nas reuniões de planeamento, mas a maioria não tinha visto o roteiro final ou tinha apenas conhecimento parcial sobre o seu conteúdo. No **Malawi** e em **Moçambique**, a equipe de avaliação observou os planos de transição a nível provincial ou distrital, que foram considerados úteis durante o período de transição e após o final do programa.

Inclusão do iCCM como elemento financiado nos planos e orçamentos nacionais do sector da saúde

143. A sustentabilidade dos serviços de iCCM tem uma dimensão diferente no **Malawi** e em **Moçambique**, onde os serviços de iCCM foram estabelecidos no início da Iniciativa RAcE, e a sustentabilidade foi em grande medida alcançada, mas não apenas como resultado da RAcE. Na **RDC**, no **Níger** e na **Nigéria**, os funcionários do MS afirmaram, em geral, que as estruturas de gestão dos programas de iCCM estavam em vigor e poderiam ser operadas pelos seus ministérios. Mas o obstáculo comum para a programação sustentável do iCCM em todos os países foi a escassez de fundos para aquisição de medicamentos, formação dos ACS, fornecimento de subsídios e garantia de que os supervisores estavam disponíveis e dispunham dos meios de transporte necessários para continuar o apoio regular à supervisão.

144. Em todos os países da Iniciativa RAcE, o iCCM foi altamente dependente do financiamento de parceiros externos. Na maioria dos países, os Ministérios da Saúde tinham estabelecido linhas orçamentárias ou elaborados planos operacionais financiados para continuar a programação do iCCM. Isto foi confirmado em entrevistas com altos funcionários do MS no **Estado do Níger**, no **Estado de Abia** e na Província de Tanganica, na **RDC**. No entanto, estes também reconheceram que ainda não havia fundos disponíveis para esse orçamento. O MS do **Estado do Níger** dispunha de um plano operacional orçamentado para 2018, mas para cada linha de financiamento foi identificado um parceiro internacional responsável. Na realidade, estavam em curso negociações para a prestação de subsídios por parte do FG, do PMI, do Banco Mundial ou da Fundação Bill e Melinda Gates (BMGF) na **RDC** e na **Nigéria**. Havia expectativas, parcialmente fundamentadas, de que essas agências continuariam a financiar o iCCM. Contudo, isto não evitaria a existência de lacunas prolongadas no programa, durante as

quais não estarão disponíveis medicamentos ou fundos para a supervisão e apoio dos ACS. No **Níger**, o iCCM já tinha sido expandido através de um novo programa conjunto do UNICEF/FG em 2016. Este programa poderia ter contribuído para garantir a sustentabilidade das intervenções nas comunidades do RAcE, mas foi introduzido em novas áreas. Em **Moçambique** e no **Malawi**, também foram mobilizados fundos para a continuação dos programas de iCCM, predominantemente através de financiamento externo. No **Malawi**, o montante mobilizado através do financiamento interno foi em grande parte insuficiente para a implementação completa do iCCM de acordo com o protocolo nacional.

145. Os funcionários do MS e alguns dos pontos focais para iCCM dos Escritórios Nacionais da OMS em todos os países da RAcE, bem como alguns intervenientes a nível regional e global afirmaram, nas KIIs realizadas pela equipe de avaliação, que o processo de planeamento da sustentabilidade tinha sido muito útil e captado correctamente os resultados e restrições de forma a manter serviços de iCCM de qualidade. Contudo, a esmagadora maioria dos entrevistados mencionou que, para ser eficaz, este processo deveria ter sido iniciado no primeiro e não no último ano da iniciativa do iCCM.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO 4

146. A avaliação nesta área examinou até que ponto o impacto dos programas RAcE relatado pela ICF poderia ser validado de forma independente.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 13

A contribuição dos programas RAcE para a redução da mortalidade e morbilidade infantil total e para casa doença nas áreas do programa tal como relatada pela ICF pode ser validada externamente?

As estimativas da linha de base da taxa de mortalidade de menores de cinco anos nas áreas do programa não são suficientemente representativas da mortalidade infantil nas áreas do programa para fornecer estimativas modeladas credíveis da redução total da mortalidade. Há poucos dados dos inquéritos disponíveis que permitam validar as estimativas modeladas e os que se encontram disponíveis não podem ser compatibilizados com estas.

A estimativa de um total de 3.599 vidas salvas ao longo de três anos através do manejo apropriado de casos das três doenças infantis não pode ser validada porque há demasiadas incertezas significativas sobre a validade dos dados utilizados no modelo para gerar uma estimativa fiável.

Redução da mortalidade infantil total estimada

147. Os termos de referência para a avaliação final de cada um dos seis programas RAcE pela ICF incluíram a estimativa das alterações na mortalidade infantil nas áreas do programa RAcE usando o modelo Lives Saved Tool (LiST). Conforme indicado na questão de avaliação, as alterações na morbilidade não foram estimadas pela ICF. Só seriam registadas alterações plausíveis na morbidade devido ao iCCM para as condições de malária grave, pneumonia grave e desidratação ou desnutrição grave, que poderiam ser prevenidas através do tratamento atempado. No entanto, essas condições não foram monitorizadas e seriam difíceis de modelar, embora os profissionais das unidades de saúde na **RDC**, no **Níger** e no **Estado do Níger** tenham relatado que observaram menos casos de doenças infantis graves desde o início dos programas da RAcE. Isto foi em parte confirmado pelos dados do SIS (Sistema de Informação de Saúde), no entanto, a avaliação não teve acesso a dados validados do SIS após 2015, e por isso os dados eram demasiado antigos para permitir confirmar tendências fiáveis.

148. O LiST usa a extrapolação linear de dados para estimar o impacto de programas de saúde sobre as mortes maternas, neonatais e infantis, com base em alterações na cobertura populacional de um conjunto de intervenções, tendo em conta as taxas de mortalidade, as estimativas de mortalidade por causas específicas e as melhores estimativas de eficácia das intervenções. Num exercício de modelação

global levado a cabo através do LiST, o impacto do aumento da cobertura dos serviços de saúde fornecidos pelos ACS para 90 por cento até 2020 permitiria salvar cerca de 864.000 vidas de crianças africanas com idade entre um e 59 meses no último ano. [5] Os dados de modelação incluíram uma lista exaustiva de intervenções comunitárias, incluindo os no âmbito da nutrição, higiene, imunização e prevenção da malária. O manejo de casos na comunidade de diarreia, malária e pneumonia foi considerado responsável por aproximadamente metade do número de vidas salvas.

149. Na avaliação final dos programas RAcE, a ICF aplicou a ferramenta de modelação LiST para estimar as alterações na taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U5MR) nas áreas do programa entre 2013 e 2016, bem como o número de vidas salvas anualmente através das intervenções do iCCM. As U5MR da linha de base das áreas do programa não são idênticas às estimativas nacionais, o que constituiu um dos fundamentos da Iniciativa RAcE, que se concentrou em áreas de mortalidade elevada devido ao acesso limitado a unidades de saúde. A ICF utilizou dados subnacionais de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) para comparar os valores da linha de base, tanto quanto possível, com os registados nas áreas do programa. Isto provou ser um desafio porque (a) os quadros de amostragem para os dados subnacionais disponíveis eram frequentemente não representativos das áreas programáticas, e (b) as U5MR publicadas nos IDS correspondem a taxas de mortalidade médias, relativas a períodos de dez anos. Durante um período em que todos os países se esforçaram para alcançar os objectivos de desenvolvimento do milénio, é pouco provável que a taxa de mortalidade média dos últimos dez anos reflecte a taxa de mortalidade de menores de cinco anos existente no início da iniciativa. Os desafios relacionados com a U5MR da linha de base usada nos modelos LiST são detalhados na Tabela 12.

150. Os leitores da Tabela 12 devem ter em consideração que as reduções estimadas na taxa de mortalidade de menores de cinco anos não se baseiam apenas nas alterações na cobertura das intervenções do iCCM, mas também nas alterações estimadas nas taxas de imunização, cobertura de redes mosquiteiros tratadas com insecticida, incidência de HIV, adopção do planeamento familiar e outras intervenções no sector da saúde que foram calculadas através da ferramenta de modelação utilizando extrapolações lineares de tendências realizadas desde o IDS anterior ou por meio de outras fontes de dados. A extrapolação linear de tendências de dados entre as populações que não eram totalmente representativas das populações-alvo e que foi efectuada até dez anos antes, ou mais, do início da Iniciativa RAcE, foi aplicada em todos os modelos, excepto no Malawi, onde os dados do IDS 2015/16 estavam disponíveis. Isto veio contestar ainda mais a validade das estimativas modeladas.

Tabela 12. Estimativas modeladas da redução da U5MR e desafios de modelação

Programa	Fonte de dados	Alteração na U5MR (%)	Desafios
RDC	IDS 2013/14	De 121.0 para 103.5 (-17.5)	A U5MR da linha de base aplica-se ao período de 2003 a 2013 na província de Katanga, que na época incluía a província de Tangâica. Também incluiu outras quatro novas províncias, algumas com um perfil social e infra-estrutura de saúde bem acima da média nacional. Não é provável que reflecte a realidade da área do programa em 2013.
Malawi	IDS 2010	De 124.3 para 118.5 (-5.8)	A U5MR da linha de base de 124,3 % baseia-se em uma extrapolação da U5MR rural para o período de 2000 a 2010 reportada no IDS de 2010 (130 %). Os dados do IDS 2015/16 (U5MR 77 % de 2005 a 2015) indicam que a extrapolação subestimou significativamente a taxa de alteração entre 2010 e 2013. É pouco provável que a taxa da linha de base usada no modelo reflecte a U5MR de 2013 na área do programa.

Programa	Fonte de dados	Alteração na U5MR (%)	Desafios
Moçambique	IDS 2011	De 94.0 para 92.3 (-1.7)	A U5MR da linha de base de 94 %o aplica-se ao período de 2001 a 2011 para as quatro províncias do programa no seu conjunto, que variou de 48 %o em Inhambane para 142 %o na Zambézia. Não teve em consideração os níveis significativamente diferentes da cobertura dos programas entre as províncias, que foi mais alto em Inhambane e, por isso, é pouco provável que seja representativo das populações-alvo do programa RAcE em 2013.
Níger	IDS 2012	De 137.0 para 117.2 (-19.8)	A U5MR da linha de base de 137 %o aplica-se ao período de 2002 a 2012 em áreas rurais nas duas regiões do programa, Dosso e Tahoua. Embora esta seja provavelmente a melhor aproximação geográfica da amostra da pesquisa e das áreas do programa RAcE, o longo período de tempo durante o qual a U5MR foi estimada torna improvável que a U5MR de referência do modelo reflecte a taxa registada em 2013 nas duas áreas do programa.
Nigéria Estado de Abia	IDS 2013	De 131.0 para 113.8 (-17.2)	A U5MR da linha de base de 131 %o aplica-se ao período de 2003 a 2013 na região sudeste da Nigéria, que inclui cinco estados. De acordo com as estimativas do MICS em 2011, a U5MR nesses estados variou de 111 para 194 %. É improvável que a taxa de referência usada no modelo reflecte a U5MR de 2013 nas áreas do programa RAcE correspondentes a 15 LGAs do Estado de Abia.
Nigéria Estado do Níger	IDS 2013	De 100.0 para 88.0 (-12.0)	A U5MR da linha de base de 100 %o aplica-se ao período de 2003 a 2013 na região centro-norte da Nigéria, que inclui seis estados e a Região da Capital Federal. De acordo com as estimativas do MICS em 2011, a U5MR nesses estados variou de 110 para 182 %. É improvável que a taxa de referência usada no modelo reflecte a U5MR de 2013 nas áreas do programa RAcE correspondentes a seis LGAs do Estado do Níger.

Fonte de dados: Relatórios finais de avaliação ICF (todos os programas)

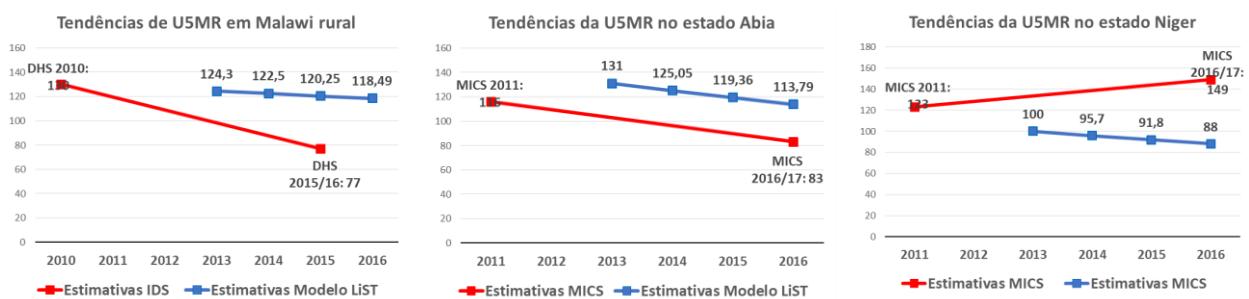
151. Os desafios em determinar a U5MR da linha de base para aplicação do modelo LiST sublinham os desafios de aplicação do modelo a subpopulações para as quais não estão disponíveis dados de pesquisa plenamente representativos. Havia poucas fontes alternativas de validação dos resultados modelados. Os inquéritos demográficos publicados, que incluem estimativas da U5MR e que abrangem o período de implementação da Iniciativa RAcE, foram o MICS 2016/17 da Nigéria e o IDS 2015/16 do Malawi. Ambas as fontes têm as mesmas limitações em apresentar taxas de mortalidade estimadas ao longo de vários anos entre populações que não são representativas das populações-alvo da RAcE. As tendências publicadas nestes inquéritos são, no entanto, indicadoras em função dos quais a validade dos resultados modelados pode ser avaliada. A recolha de dados para o IDS 2017 do Níger foi concluída no momento da avaliação, mas os resultados ainda não estavam disponíveis.

Tabela 13. Modelação e média calculada da alteração anual na U5MR

Programa	Modelo LiST para as áreas do programa RAcE 2013-2016	IDS Malawi 2010 e 2015/16 (Malawi rural)	MICS Nigéria 2011 e 2016/17 (estimativas do Estado)
Malawi	-1.9%	- 10.6%	--
Nigéria, Estado de Abia	- 5.8%	--	- 6.6%
Estado do Níger	- 4.0%	--	+ 5.2%

Fontes: Relatórios finais de avaliação da ICF; IDS Malawi 2010 e 2015/16; MICS Nigéria 2011 e 2016/17

Figura 2. Tendências da taxa de mortalidade infantil em inquéritos e modelações estimadas



Fontes: Relatórios finais de avaliação da ICF; IDS Malawi 2010 e 2015/16; MICS Nigéria 2011 e 2016/17

152. Como demonstrado na tabela e na figura acima, a taxa de alteração na U5MR modelada apenas correspondeu às estimativas do inquérito no **Estado de Abia**, embora com nível de mortalidade muito diferente. De acordo com dois relatórios sucessivos do MICS, o Estado do Níger verificou um aumento na mortalidade infantil, mas isso não se aplica necessariamente à área do programa RAcE, que cobriu apenas seis das 25 áreas do governo local. A conclusão é que nem os sucessivos inquéritos demográficos do IDS ou MICS nem o modelo LiST fornecem estimativas fiáveis do impacto dos programas RAcE na taxa de mortalidade de menores de cinco anos.

153. Em **Moçambique**, as mortes de crianças menores de cinco anos na comunidade são relatadas pelos APE e registadas na sua base de dados nacional. Uma das análises de dados realizadas pela equipe de avaliação (ver Volume 3) sugere uma diminuição constante da mortalidade ao longo do período de implementação da RAcE em todas as províncias de Moçambique. A diminuição foi mais acentuada/pronunciada do que a média nacional nas províncias do programa RAcE de Manica e Inhambane, seguiu de perto a tendência nacional em Nampula, e foi inferior à tendência nacional na Zambézia. Contudo, estes dados não podem ser triangulados com a redução modelada na U5MR porque não incluem denominadores.

154. Todos os intervenientes entrevistados ao nível da comunidade e das unidades de saúde expressaram a firme percepção de que se deram menos mortes de crianças nas aldeias desde o início dos programas. As estimativas modeladas de redução de mortalidade não puderam, no entanto, ser confirmadas. Esta é a mesma conclusão relatada pela avaliação externa da avaliação em vários países da Iniciativa Catalisadora/Programa de Fortalecimento Integrado dos Sistemas de Saúde em 2014, que relatou que '*as taxas de mortalidade modeladas não coincidiram com as medidas nos inquéritos demográficos. Duas potenciais razões para este desajustamento poderiam ser a contribuição de factores exteriores ao sector de saúde para reduções na mortalidade, e/ou o uso de pressuposições incorrectas na cobertura de intervenções de alto impacto sem dados empíricos disponíveis para executar/aplicar o modelo LiST.*'^[6]

Redução da mortalidade específica por doença

155. Para a modelagem da redução da mortalidade por doença, a ICF introduziu dados sobre o tratamento apropriado para a malária, diarreia e pneumonia por qualquer prestador de serviços disponíveis nos inquéritos de linha de base e finais, no modelo que aplica estimativas padronizadas da eficácia do tratamento, com base em evidências globais analisadas por grupos de especialistas. O modelo gerou estimativas de um total de 3.599 mortes evitadas, variando de 1.667 vidas salvas na RDC para uma estimativa negativa de 2.445 mortes adicionais em Moçambique, devido à redução da cobertura de tratamentos com antibióticos e anti maláricos.

Tabela 14. Estimativas modeladas da redução da mortalidade por causas-específicas (número de vidas salvas)

Programa	SRO	Zinco	Antibióticos*	Anti maláricos em 24 horas	Total
RDC	395	136	521	615	1,667
Malawi	20	48	534	- 2	600
Moçambique	15	213	- 1,247	- 1,426	- 2,445
Níger	562	178	53	327	1,120
Nigéria, Estado de Abia	375	102	517	399	1,393
Nigéria, Estado do Níger	275	88	415	486	1,264
Total	1,642	765	793	399	3,599

*Fonte: Relatórios de avaliação final da ICF (todos os programas) * Não foi feita distinção entre a Amoxicilina e o Co-trimoxazol utilizados em vários países no momento do inquérito da linha de base*

156. As estimativas modeladas do número de vidas salvas através do tratamento com SRO e Zinco para a diarreia foram as mais altas, mas quando os resultados de modelagem idiosincrática de **Moçambique** foram descontados, o número estimado de vidas salvas pelo tratamento da malária e pneumonia na comunidade obtiveram a mesma ordem de grandeza. Isto é surpreendente, uma vez que a principal causa de mortalidade nas áreas do programa foi a malária. Seria de esperar que o maior impacto do manejo de casos na comunidade se verificasse para o tratamento da malária. Em entrevistas com os funcionários das unidades de saúde realizadas pela equipe de avaliação, a redução da mortalidade por malária foi a mais mencionada.

157. O modelo LiST não diferencia entre os locais de tratamento, seja este realizado num hospital, centro de saúde ou na comunidade, o que é reconhecido nos relatórios da ICF como um possível factor de confusão. Contudo, o principal problema com os dados registados é que foram baseados em relatórios de tratamento fornecidos pelos pais ou encargados de saúde em resposta aos inquéritos.

158. Os pais ou encargados de saúde questionados sobre os tratamentos administrados aos seus filhos doentes nem sempre foram capazes de distinguir entre medicação antibiótica, anti malária ou antipirética, especialmente quando questionados sobre os tratamentos realizados por ‘qualquer prestador de serviços’. Embora os medicamentos dispensados pelos ACS formados para o iCCM tivessem uma formulação padronizada que poderia ser mostrada aos intervenientes pela equipe de pesquisa, ‘qualquer prestador de serviços’ teria incluído farmácias e outros estabelecimentos de tratamento que teriam fornecido muitos tipos diferentes de medicamentos com diferentes aparências e formulações. Além disso, a introdução do teste de diagnóstico rápido para a malária no período entre o inquérito da linha de base e o inquérito final teria diminuído o uso de tratamentos contra a malária em crianças com febre cujos testes deram negativos. É improvável que os pais ou encargados de saúde estivessem plenamente conscientes dessa alteração, aumentando assim o denominador de crianças com malária. Para a pneumonia, esta é uma questão comum e bem documentada. Um estudo de 2013 que examinou o uso do indicador de tratamento com antibióticos em IDS e MICS constatou que a grande maioria das crianças com sintomas de pneumonia relatados pelos seus pais ou encargados de saúde não tinha pneumonia e, por isso, as respostas inflacionaram muito o denominador. [12]

159. Devido a essas limitações, o único modelo fiável de estimativa de redução de mortalidade por causas específicas é o modelo do tratamento da diarreia com SRO e zinco. O diagnóstico de diarreia não requer um teste de diagnóstico. As estimativas modeladas de redução da mortalidade através de

tratamento para a malária e pneumonia tendem a ser fortemente subestimadas porque os dados não são suficientemente fiáveis para gerar um modelo válido.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO 5

160. A avaliação nesta área examinou a medida em que a Iniciativa RAcE contribuiu para os resultados no âmbito da igualdade de género. Foram formuladas duas questões de avaliação nesta área e posteriormente estratificadas em várias subquestões.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 14

Em que medida as dimensões da igualdade de género foram incluídas na concepção e desenvolvimento dos programas RAcE?

A dimensão de género foi integrada na proposta apresentada pelo GMP da OMS ao Canadá. Os compromissos incluíram a monitorização de dados discriminados por sexo para indicadores de diagnóstico e tratamento, igualdade de género na selecção e formação dos ACS, atenção às questões de género em documentos de iCCM novos ou revistos, assim como a identificação de um técnico de igualdade de género para a Iniciativa. Nenhum destes compromissos foi implementado de forma consistente e havia poucas evidências de acções eficazes para abordar as barreiras à igualdade de género, por exemplo, no recrutamento dos ACS. Uma das causas prováveis é que nenhum dos programas realizou uma análise de género no início da Iniciativa.

161. A proposta da OMS ao Canadá afirma que '*aumentar o acesso a cuidados apropriados para a malária, pneumonia e diarreia em crianças pequenas é inherentemente uma questão de género, mais do que uma questão biológica/médica*'. [24] Para integrar a dimensão de género nos programas, a proposta incluiu quatro compromissos:

- A estrutura geral de monitorização de desempenho requer que todos os indicadores avaliem as dimensões ambientais e de género, sempre que possível. Na mesma linha, a proposta do GMP compromete-se a relatar resultados discriminados por sexo para o '*número de meninos vs número de meninas que recebem diagnóstico e tratamento*'.
- A proposta também enfatiza que serão realizados esforços para '*garantir a igualdade de género na selecção e formação dos ACS, conforme as sensibilidades locais nos países do projecto*' e compromete-se a apresentar relatórios discriminados por género sobre os ACS recrutados e formados.
- O modelo lógico da RAcE incorpora resultados no desenvolvimento de normas, padrões e directrizes de iCCM, '*incluindo as relacionadas com a igualdade de género*'.
- A proposta compromete-se a identificar '*um técnico ou especialista em igualdade de género para fazer parte da equipe do projecto e ser responsável pela dimensão da igualdade de género na implementação do projecto*'.'

162. Em 2015, em resposta a questões do Canadá sobre o Relatório Anual da OMS de 2014, o Secretariado da RAcE resumiu as informações sobre questões de igualdade de género obtidas principalmente através de relatórios dos inquéritos de linha de base e relatórios de parceiros de implementação. [25] Embora o resumo inclua algumas informações sobre questões de igualdade de género na procura e oferta de serviços de iCCM, este não foi aprofundado, nem resultou em qualquer sugestão para uma análise de género ou estratégia de integração da dimensão de género. No Relatório Anual de 2016, a dimensão da igualdade de género do programa RAcE foi resumida da seguinte forma, sem, no entanto, fornecer evidências ou análises: [26]

- Nenhum país relatou quaisquer observações de tratamentos de crianças tendenciosos em relação ao género.

- Todos os países promovem activamente o recrutamento de agentes comunitárias de saúde femininas, tanto a nível das políticas como na prática.
- A maioria dos países descreve um consenso crescente de que as ACS femininas servem mais crianças doentes, desempenham melhor as suas funções e têm maior acesso aos pais e encarregados de saúde.
- Todos os países relatam actividades de mobilização social direcionadas a ambos os géneros e o grupo resultante é uma mistura de homens e mulheres, mas com um nível mais alto de participação feminina.
- As mulheres são, geralmente, as cuidadoras primárias. A presença de um agente comunitário de saúde nas proximidades contribui não apenas para a sua capacidade de realizar as tarefas diárias de forma eficiente, mas também aumenta a probabilidade de procura de cuidados por parte de um profissional de saúde qualificado e de recebimento de tratamento gratuito e apropriado.
- Em algumas áreas, como o **Estado do Níger**, na **Nigéria**, os grupos de mulheres e grupos religiosos femininos são influentes, e os agentes de mobilização da comunidade do programa RAcE destacam especificamente essas organizações como parceiros e líderes no aumento das actividades de procura de cuidados.

163. A avaliação não encontrou evidências de que qualquer dos compromissos para a integração da dimensão da igualdade de género tenha sido consistentemente planeado ou cumprido. Não havia informações sobre a nomeação de um especialista de igualdade de género em nenhum dos documentos ou entrevistas com informantes-chave. Os relatórios dos parceiros de implementação não discriminaram os dados por sexo para os indicadores de diagnóstico e tratamento. Foram observados poucos esforços para garantir a sensibilização de género ao nível das normas, padrões e directrizes de ICCM, e os documentos revistos são geralmente de género neutro ou alheios ao género. A igualdade de género entre os ACS foi alcançada apenas em dois distritos nos cinco países. Nos restantes distritos, os ACS nomeados eram maioritariamente femininas nalguns distritos e masculinos noutras. O último recrutamento de ACS no Malawi é anterior ao início do programa RAcE.

164. Para obter uma perspectiva mais pormenorizada sobre a igualdade de género na concepção e desenvolvimento do programa, a questão de avaliação foi analisada em profundidade através de três subquestões centradas na (a) condução e uso de uma análise de género, (b) sensibilização de género nas práticas de monitorização e (c) disparidades de tratamento entre meninos e meninas.

Análise participativa de género

165. Não foi planeada nem executada nenhuma análise de género em quatro dos cinco países do programa (**RDC**, **Nigéria**, **Moçambique** e **Malawi**). Os informantes-chave dos parceiros de implementação nesses países destacaram que a actividade não fazia parte do seu contrato com a OMS. Isto foi diferente no **Níger**, onde a dimensão de género foi integrada na concepção do programa e a primeira Carta do Acordo de Subvenção assinada pela OMS e pela World Vision incluiu uma análise de género e o desenvolvimento de uma estratégia de género. No entanto, não houve evidência de que estes dois componentes tenham sido implementados.

Monitorização, análise e comunicação de dados discriminados por sexo

166. Os dados foram discriminados por sexo nos registros dos ACS em todos os países. O nível de detalhe registado e a qualidade dos dados variaram. Na **Nigéria**, **RDC**, **Malawi** e **Moçambique**, a discriminação por sexo é gradualmente perdida no processo de integração de dados no sistema nacional

de informação de saúde. Isto foi diferente no **Níger**, onde os dados do sistema nacional de informação de saúde são discriminados por sexo. No entanto, este último não diferencia os dados recolhidos ao nível da comunidade dos dados das unidades de saúde, o que significa que os dados discriminados por sexo ao nível da comunidade também não estavam disponíveis.

167. Não houve evidências, em nenhum dos programas, de que os dados de monitorização foram analisados discriminados por sexo. Este foi o caso até mesmo na **Nigéria**, onde os inquéritos da linha de base e finais e as bases de dados dos ACS documentaram diferenciais de diagnóstico e tratamento entre meninos e meninas. Por exemplo, uma análise da base de dados do Malaria Consórcio relativa à LGA de Lapai, no **Estado do Níger**, realizada pela equipe de avaliação, observou que nos últimos cinco meses houve mais 22 por cento de meninos a aceder aos serviços de iCCM do que meninas. Este resultado, que pode ter vários motivos, incluindo erros na introdução de dados, não tinha sido constatado nem analisado pelos parceiros do programa.

168. Tendo em conta que não foram gerados dados discriminados por sexo para tratamentos específicos a partir dos relatórios dos ACS nas bases de dados do programa, esses dados foram recolhidos em inquéritos aos agregados familiares finais ou estudos de revisão de dados. Os resultados foram relatados nos relatórios finais de avaliação da ICF, incluindo algumas diferenças estatisticamente significativas para indicadores de tratamento específicos na **Nigéria** e no **Malawi**. No entanto, não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas no acesso aos cuidados. Contudo, os inquéritos não são ferramentas de monitorização, e a detecção de diferenças sexuais no acesso ao tratamento após o final do programa não ajuda na análise e tratamento das causas. Estavam disponíveis informações mensais sobre diferenças de sexo no acesso aos serviços de iCCM nos registos dos ACS que poderiam ter sido analisadas em tempo real e relatadas nos relatórios trimestrais da OMS. Os registos não incluíam informações sobre as diferenças de sexo no acesso a tratamentos específicos, embora essas informações também pudesse ser geradas a partir de algumas das bases de dados. Isto é, no entanto, menos relevante para monitorizar a igualdade de género do que as informações sobre o acesso diferenciado ao tratamento, que poderia ter sido catalogado mensalmente sem grande esforço.

169. Os quadros de monitorização do desempenho (PMF) solicitaram a discriminação por sexo para todos os indicadores de diagnóstico e tratamento em todos os programas excepto um (**RDC**). Nenhum dos relatórios trimestrais e anuais analisados pela equipe de avaliação cumpriu esse requisito. Considerando os compromissos contratuais em matéria de género entre a OMS e o Canadá (e entre a OMS e as agências implementadoras no **Níger**, **Nigéria**, **Moçambique** e **Malawi**), é surpreendente que este incumprimento não tenha sido abordado.

Reflexão sobre possíveis razões para a existência de desigualdades no acesso ao tratamento entre meninas e meninos

170. Conforme descrito nos parágrafos anteriores, não havia evidências de que os dados de monitorização tivessem sido analisados discriminados por sexo em nenhum dos países. Nos dois países em que foram encontradas desigualdades específicas de género durante o inquérito final, ou seja, na **Nigéria** e no **Malawi**, as razões para as diferenças não foram analisadas nem comunicadas.

QUESTÃO DE AVALIAÇÃO 15

Em que medida o programa RAcE contribuiu para a igualdade de género entre os agentes comunitários de saúde e os membros das comunidades seleccionadas?

Não houve evidências conclusivas de esforços consistentes e bem-sucedidos na promoção de um equilíbrio de género no recrutamento dos ACS por parte do programa RAcE.

Devido à falta de integração da dimensão de género na concepção do programa, o programa RAcE realizou poucas abordagens intencionais da desigualdade de género ou da discriminação sistémica de género no âmbito da procura e oferta de serviços de iCCM.

171. A promoção da igualdade de género na selecção e formação dos ACS fez parte dos compromissos da proposta RAcE, mas não houve compromisso em alterar as percepções e práticas relacionadas com a dimensão de género para os cuidados de saúde infantil ao nível da comunidade. Devido à ausência de uma análise de género no início dos programas e às inconsistências de dados nos relatórios de progresso dos países, a investigação dessa questão de avaliação não foi isenta de desafios. Em discussões de grupo com ACS e pais e encargados de saúde, foram raramente mencionados exemplos de efeitos do programa no âmbito da igualdade de género nas comunidades e não puderam ser triangulados com informações de outras fontes de dados.

Dimensões de género na selecção de ACS

172. Apesar do compromisso da proposta do GMP/OMS de empreender esforços para alcançar um equilíbrio de género entre os ACS, os resultados foram inconsistentes e apenas dois distritos, um em **Moçambique** e outro no **Níger**, atingiram os objectivos. Os ACS no distrito em **Moçambique** foram recrutados principalmente antes do início do programa RAcE. O sexo dos ACS não foi monitorizado em geral, mas estão disponíveis algumas informações nos relatórios do programa e na resposta do Secretariado da RAcE ao Canadá em questões sobre o Relatório Anual da RAcE 2014. [25]

Tabela 15. Proporção de ACS femininas em 2017

Programa	ACS femininas
RDC*	20%
Malawi**	30% - 35%
Moçambique*	31%
Níger*	32%
Estado de Abia*	88%
Estado do Níger*	14%

*Fontes: *Resposta do Secretariado da RAcE às perguntas do Canadá sobre o Relatório Anual de 2014; [25]; ** O programa RAcE não tem influência sobre o recrutamento dos ACS, mas a SC relatou que 35% dos ACS que participaram nas formações eram do sexo feminino e o inquérito final da ICF relatou que 30% dos ACS nas comunidades amostradas eram do sexo feminino.*

173. No **Malawi**, o programa RAcE não estava envolvido no recrutamento de ACS e a maioria dos ACS já se encontravam em funções antes do início do programa. Não há evidências de que o programa tenha realizado esforços para influenciar o governo e as comunidades a aumentarem progressivamente o número de ACS femininas, substituindo as desistências masculinas por ACS femininas, embora isso tenha sido mencionado por um interveniente entrevistado. Em **Moçambique**, também não houve evidências de que o programa RAcE tenha afectado o equilíbrio de género dos ACS. Embora os desafios relacionados com o recrutamento de mulheres tenham sido discutidos, não foram tomadas acções para aumentar o seu envolvimento.

174. Na **Nigéria** e na **RDC**, a eleição ou nomeação de ACS femininas foi activamente promovida pelos programas. Isto resultou numa sobre representação de ACS femininas no **Estado de Abia**, onde a

alfabetização das mulheres é alta. No **Estado do Níger**, praticamente nenhuma mulher foi nomeada pelos líderes da aldeia. O alto nível de analfabetismo entre as mulheres das populações rurais do norte da **Nigéria** foi referido como a principal razão. Na **RDC**, o analfabetismo das mulheres também foi referido como motivo para a predominância de ACS masculinos. De acordo com informantes-chave, foram observadas algumas alterações após a introdução dos registos ilustrados simplificados e das ferramentas de formação, com um crescimento do número de mulheres propostas como candidatas a ACS pelas suas comunidades.

175. No **Níger**, a igualdade da representação de géneros foi formulada como um dos objectivos da proposta, mas os informantes-chave deram informações inconsistentes sobre os esforços realizados para aumentar a nomeação de ACS femininas.

176. As duas causas-base dos obstáculos ao recrutamento de ACS femininas em todos os programas foram os baixos níveis de alfabetização das mulheres e as relações de poder desiguais no seio das famílias/agregados familiares. De acordo com algumas respostas dadas nas DG e nas KII, em algumas comunidades as mulheres necessitam da autorização dos seus cônjuges para se candidatarem a ACS, e esta pode ser negada porque o trabalho envolve que elas se ausentem de casa para formação e reuniões. Além da introdução de ferramentas de relatórios ilustrados na **RDC**, nenhum programa desenvolveu estratégias para responder à questão do analfabetismo feminino. Os resultados mostram que a promoção de candidatas do sexo feminino foi insuficiente para alcançar a igualdade de género entre os ACS em contextos onde o nível de alfabetização das mulheres é baixo e onde prevalecem relações de poder desiguais.

177. Não houve evidências conclusivas sobre se a nomeação de ACS masculinos ou femininos era mais vantajosa. Nas discussões de grupo levadas a cabo nas comunidades muçulmanas, mencionou-se que as mulheres poderiam mais facilmente realizar visitas de acompanhamento ao domicílio do que os homens, porque os homens não podem entrar nas casas dos pacientes na ausência do chefe da família. Isto também foi relatado no **Malawi**, especialmente relativamente aos cuidados maternos e neonatais realizados nas instalações de prestação de cuidados de saúde na comunidade. Ao mesmo tempo, em algumas comunidades, as ACS femininas são mais restrinvidas nas suas acções, em particular em áreas inseguras e depois do anoitecer, o que pode ser um obstáculo à sua capacidade de realizar visitas de acompanhamento. Em alguns grupos comunitários, as mulheres relataram que era mais fácil para elas consultar as ACS do mesmo sexo, mas isto não foi universal. Supervisores e funcionários do programa de vários, mas não todos os países do programa, relataram que as ACS femininas eram mais confiáveis e motivadas, mais disponíveis e tinham menores taxas de abandono dos cargos, pois tinham menos probabilidade de migrar por motivos de trabalho.

Inclusão de dimensões de igualdade de género nos materiais de formação do iCCM

178. Para avaliar o nível de sensibilização de género dos materiais de formação do iCCM, a equipe de avaliação analisou o tipo de imagens e exemplos usados e seleccionou o conteúdo para a inclusão de normas e práticas sociais de género específicas, relacionadas com o cuidado infantil no país. As imagens e gráficos foram classificados como sensíveis ao género nos casos em que homens e mulheres eram representados no papel de pais ou encargados de saúde e enquanto profissionais de saúde. Os materiais foram classificados como neutros em termos de género quando o sexo dos pais ou encargados de saúde ou profissionais não era mencionado ou visível no texto. Os manuais que representavam apenas as mulheres como encargadas de saúde e os homens como profissionais de saúde foram classificados como alheios às questões de género, pois contribuem para a perpetuação dos estereótipos de que as mulheres e meninas são as únicas responsáveis pela saúde infantil e de que os cargos de profissionais de saúde são reservados aos homens.

179. A análise dos materiais de formação demonstrou que apenas um dos manuais - o da **RDC** - era sensível ao género. Este ilustra o envolvimento de homens e mulheres na prestação de cuidados de saúde e inclui uma discussão sobre os papéis de género nos cuidados de saúde infantil. Nenhum dos materiais de orientação dos outros quatro países inclui uma secção sobre normas e práticas de género na prestação de cuidados de saúde infantil. Os materiais da **Nigéria** contêm muito poucas imagens. As imagens são equilibradas por género para os profissionais de saúde, mas não para os encarregados de saúde, onde apenas são usados encarregados de saúde do sexo feminino como exemplos. Os manuais do **Níger** e de **Moçambique** usam imagens neutras ou alheias às questões de género. No **Malawi**, apenas são usadas imagens de mulheres para representar encarregados e profissionais de saúde nos materiais de formação do iCCM. Em geral, pode-se concluir que o programa RAcE fez pouco uso da oportunidade de promover a igualdade de género nos cuidados de saúde infantil durante o desenvolvimento ou revisão dos materiais de formação do iCCM.

Participação das mulheres na concepção, prestação e revisão dos serviços de saúde

180. A triangulação dos dados confirmou que a participação das mulheres na prestação de cuidados de saúde aumentou devido à presença de ACS femininas e à representação de mulheres em comités comunitários de cuidados de saúde.

181. A equipe de avaliação não encontrou evidências de um aumento da participação das mulheres no planeamento e concepção da prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade. Em algumas discussões de grupo no **Malawi**, os participantes relataram que o aumento do envolvimento das mulheres nos grupos de acção comunitária resultou num aumento na participação de mulheres nas revisões dos serviços de saúde.

Empoderamento das mulheres para a tomada de decisões informadas sobre a saúde

182. Para responder a questões sobre o empoderamento, a equipe de avaliação analisou as seguintes dimensões: aumento do conhecimento das encarregadas de saúde do sexo feminino no reconhecimento dos sinais de doenças graves na infância, para a tomada de decisões relacionadas com a procura de cuidados no seio familiar e evidências qualitativas de que o programa fortaleceu o estatuto das mulheres na comunidade.

- O indicador da capacidade dos pais ou encarregados de saúde reconhecerem dois ou mais sinais de doenças graves na infância foi medido nos inquéritos da linha de base e finais. Os resultados deste indicador foram mistos. O conhecimento permaneceu alto e sem alterações significativas no **Malawi** e no **Níger**. Na **RDC**, a percentagem de pais ou encarregados de saúde com conhecimento sobre as doenças infantis diminuiu (de 85% para 41%), o que constitui um resultado surpreendente. Em **Moçambique** e nos dois programas na **Nigéria**, o conhecimento das mães sobre as doenças infantis aumentou significativamente.
- Os dados sobre a tomada de decisão acerca da procura de cuidados também foram recolhidos nos inquéritos da linha de base e finais. Apenas foram registados resultados em alguns países. No **Níger** e no **Malawi**, a tomada de decisão conjunta dos pais relativamente à procura cuidados de saúde aumentou significativamente, o que sugere um maior envolvimento dos homens nos cuidados de saúde infantil. Por outro lado, na **RDC** a decisão conjunta dos cônjuges diminuiu, enquanto a tomada de decisões autónomas por parte das mulheres relativamente à procura de cuidados para as crianças aumentou.
- Raramente foram mencionadas alterações no estatuto das mulheres nas entrevistas e discussões de grupo. Os intervenientes, especialmente no **Estado de Abia**, mencionaram que as ACS femininas se tornaram mais respeitadas e autónomas em virtude do seu trabalho.

183. Devido à ausência de uma análise de género, não se pôde concluir que o programa RAcE tenha tido um impacto positivo ou negativo sobre o estatuto das mulheres e a sua capacidade de fazer escolhas informadas para proteger a sua saúde e direitos, assim como os dos seus filhos.

CONCLUSÕES

QUAL FOI O RESULTADO DA INICIATIVA RAcE?

184. A Iniciativa RAcE não era um programa de ‘validação do conceito’ destinado a fortalecer as evidências da eficácia do manejo integrado de casos na comunidade de doenças infantis. Pretendeu-se demonstrar que podem ser fornecidas abordagens eficazes e comprovadas para a prestação de serviços a nível da comunidade como componentes dos sistemas nacionais de saúde. Isto foi feito através do fornecimento de apoio ao fortalecimento destes componentes do sistema nos locais onde já existiam, ou seja, no **Malawi** e em **Moçambique**, da sua operacionalização nos locais onde estes estavam incluídos nas políticas e estratégias nacionais, ou seja, no **Níger** e na **RDC**, e introduzindo-os onde não existiam, ou seja, na **Nigéria**.

185. Em todos estes contextos, a Iniciativa RAcE demonstrou que o iCCM pode preencher importantes lacunas nas estratégias nacionais de cobertura universal de saúde (CUS), criando acesso a serviços de saúde essenciais para crianças que precisam de tratamento oportuno para a malária, diarreia e infecções respiratórias agudas, mas que vivem em comunidades demasiado remotas para permitir o acesso fácil e oportuno a unidades de serviços primários de saúde. Documentou que os serviços de manejo de casos na comunidade em áreas onde não existem unidades de saúde são facilmente aceites e muito apreciados pelos pais ou encarregados de saúde das crianças. Sublinhou que a prestação do iCCM como componente dos sistemas de saúde requer a sua integração nos outros elementos essenciais dos sistemas de saúde, em vez da implementação do manejo de casos na comunidade como actividade programática paralela. Isso deve incluir:

- Sistemas que asseguram o fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade ao nível da comunidade
- Quadros nacionais de recursos humanos para a saúde que incluem os ACS
- Um sistema nacional de gestão da informação de saúde que regista os dados de tratamento ao nível da comunidade de forma rotineira
- A integração do iCCM na estrutura nacional de financiamento do sistema de saúde
- A implementação de estratégias eficazes para o envolvimento da comunidade e criação de procura

186. A Iniciativa RAcE demonstrou que os serviços de iCCM continuam a ser altamente dependentes do financiamento internacional, o que constitui a maior ameaça à sua sustentabilidade. Embora a prestação de serviços baseados em unidades de saúde possa mitigar as lacunas de financiamento e rupturas de stock de medicamentos ao cobrar taxas aos utentes ou emitir prescrições, estas opções não existem para os serviços de tratamento comunitário, que são, portanto, mais vulneráveis a interrupções no fornecimento de medicamentos e na supervisão.

187. Apesar de haver fortes evidências da eficácia do iCCM enquanto estratégia para a sobrevivência infantil, persistem grandes lacunas no conhecimento. Estas são principalmente contextuais. Foram geradas mais evidências sobre o iCCM no contexto asiático do que no africano. A avaliação da Iniciativa RAcE concluiu que, para a integração efectiva do iCCM nos sistemas de saúde e nas estratégias de CUS em África, é necessário gerar conhecimento adicional, particularmente sobre:

- Como estabelecer e manter um quadro de ACS motivados
- Como envolver eficazmente as comunidades no apoio e manutenção dos serviços de iCCM
- Qual é o perfil de género mais apropriado para os ACS e como alcançá-lo
- Como integrar o objectivo da igualdade de género na prestação de serviços de iCCM

188. Embora a avaliação da Iniciativa RAcE tenha documentado evidências qualitativas de que o iCCM contribuiu para a redução da mortalidade infantil, não pôde validar as estimativas modeladas da taxa de redução da mortalidade infantil porque não estavam disponíveis dados que permitissem uma modelação fiável. Estes só serão disponibilizados quando houver melhorias significativas no registo civil nacional e nos sistemas de estatísticas vitais e 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?

189. A Iniciativa RAcE estava bem alinhada com as políticas e estratégias nacionais de saúde em todos os cinco países do programa. Os ministérios da saúde estavam estreitamente envolvidos na elaboração e no planeamento dos programas RAcE, incluindo na selecção de regiões e comunidades que receberam serviços. Apoiados pelos WCO, 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 do iCCM apoiados internacionalmente.

190. A Iniciativa RAcE alcançou um número muito elevado de crianças e atingiu os objectivos do iCCM de aumentar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em áreas onde as crianças anteriormente não tinham acesso ao tratamento eficaz da malária, diarreia e pneumonia. As conclusões que podem ser tiradas da Iniciativa RAcE acerca da melhor forma de satisfazer as necessidades das crianças incluem:

- O iCCM é uma intervenção eficaz do sistema de saúde para atender às necessidades de cuidados de saúde de crianças em áreas rurais com infra-estruturas de saúde precárias.
- O iCCM tem limitações no serviço às comunidades que estão muito dispersas ou muito distantes das unidades de saúde para garantir o fornecimento e a supervisão dos ACS. Para as crianças dessas comunidades, é necessários explorar alternativas ao iCCM.
- Quando existirem alternativas ao iCCM, como prestadores de serviços de saúde privados que cobram por serviços ou unidades de saúde públicas sem acesso 24 horas ou medicamentos disponíveis, os pais ou encargados de saúde vão alterar o seu padrão de procura de cuidados para os ACS bem abastecidos que prestam serviços gratuitos. No contexto da Iniciativa RAcE, isto aumentou a qualidade dos cuidados prestados, mas não é certo que seja sempre a melhor opção do ponto de vista dos sistemas de saúde.

191. **Com base nestes resultados, a avaliação recomenda que as autoridades nacionais de saúde recebam apoio no mapeamento de comunidades e serviços de saúde de forma a direcionar a prestação de serviços de iCCM para as comunidades onde o iCCM fornece a opção mais eficaz e mais economicamente alcançável de prestação de serviços de saúde para crianças. Isto deve incluir a avaliação de todas as opções alternativas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde.**

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

192. Os sistemas nacionais de aquisição e gestão da cadeia de fornecimentos (PSM) de artigos e medicamentos essenciais para o iCCM foram utilizados total ou parcialmente em todos os países, excepto no **Malawi**, onde foi mantido um sistema paralelo durante todo o programa. Em **Moçambique**, os sistemas nacionais de PSM foram utilizados desde o início, mas o apoio à aquisição e fornecimento para o nível distrital foi fornecido por outros parceiros de desenvolvimento e não incluído no programa RAcE. Nos outros programas houve uma transferência gradual de responsabilidade para o PSM nacional, combinada com algum fortalecimento da capacidade das instituições nacionais que foi, no entanto, apenas parcial e aplicado aos elos mais fracos da cadeia de fornecimentos identificados. Todos os programas sofreram algumas rupturas de stock de medicamentos. Apenas foram relatadas grandes rupturas de stock durante longos períodos em **Moçambique** e na **RDC**. À medida que os programas chegavam ao fim, ou após o seu término, a frequência e a extensão das rupturas de stock aumentaram. Em alguns países as razões foram financeiras, relacionadas com a alocação de orçamentos para a continuação dos serviços, mas também se deveram a deficiências dos sistemas em transferir artigos essenciais de locais centrais para locais comunitários de acordo com as necessidades. Mesmo as pequenas interrupções no fornecimento de artigos e medicamentos essenciais podem ter efeitos significativos na confiança da comunidade e na adesão aos serviços de iCCM.

193. **Com base nestes resultados, a avaliação recomenda que o apoio à introdução ou expansão do iCCM deve basear-se na garantia de que existem sistemas nacionais funcionais para um fornecimento ininterrupto de artigos e medicamentos de iCCM ao nível da comunidade.**

194. A integração do iCCM no sistema de saúde, conforme apoiado pela Iniciativa RAcE, chamou a atenção para o requisito de assegurar a continuidade funcional da prestação de cuidados. A eficácia do iCCM requer um serviço de referência de primeiro nível fiável, para crianças que não podem ser tratadas pelos ACS. Várias propostas realizadas do pelas agências contratadas através de subvenções no âmbito do programa RAcE incluíram planos para fortalecer a capacidade das unidades de serviços primários de saúde, mas estas não foram totalmente implementadas. Supervisores distritais em vários programas observaram que os ACS frequentemente apresentam melhor desempenho em aderir aos algoritmos de diagnóstico e tratamento do que os funcionários das unidades de serviços primários de saúde. A escassez de medicamentos nas unidades de saúde foi uma queixa comum referida em DG comunitárias. Em três revisões do programa, os intervenientes mencionaram o referenciamento de crianças doentes para os ACS por parte dos funcionários dos centros de saúde devido à indisponibilidade de medicamentos naquela unidade de saúde.

195. **Com base nestes resultados, a avaliação recomenda que o apoio ao iCCM seja firmemente vinculado a uma análise de necessidades para a continuidade da prestação de cuidados, e que as unidades de saúde de referência de primeiro nível para os ACS sejam incluídas no apoio, de forma a assegurar que estes têm a capacidade e os fornecimentos necessários para tratar as crianças encaminhadas.**

196. No âmbito da Iniciativa RAcE foram formados cerca de 8.900 ACS, dos quais cerca de 7.400 estavam activos no momento do encerramento do programa ou no momento da avaliação. As taxas de abandono dos cargos foram mais altas na **RDC**, o que foi em grande medida explicado pela insegurança na região do programa e o consequente deslocamento das comunidades. Os ACS dos países do programa RAcE são voluntários, excepto no **Malawi**, onde são funcionários assalariados do Ministério da

Saúde. Foram usadas diferentes abordagens para manter a sua motivação e retenção de acordo com as políticas nacionais. Os ACS entrevistados em todos os programas afirmaram que as oportunidades de formação, o apoio à supervisão, a oferta ininterrupta de artigos e medicamentos e o reconhecimento e estatuto na comunidade foram os seus principais factores de motivação. Contudo, também afirmaram necessitar de apoio financeiro para compensar o tempo gasto no tratamento, acompanhamento e relatórios. As dificuldades mais mencionadas foram os baixos subsídios que não acompanharam a inflação, a irregularidade dos pagamentos e a insegurança dos pagamentos dos subsídios que variavam conforme a fonte de financiamento internacional e nem sempre seguiam as orientações nacionais (quando existiam). O apoio material ou financeiro das comunidades aos ACS (construção de casas, bicicletas, subsídios, etc.) foi promovido e monitorizado por vários programas e destacado nos relatórios anuais do programa. Vários ACS entrevistados reconheceram receber algum apoio, mas nenhum o considerou uma contribuição substancial para a sua motivação.

197. Com base nestes resultados, a avaliação recomenda que o apoio à expansão do iCCM inclua a sensibilização da inclusão dos ACS no quadro nacional de recursos humanos para a saúde como força de trabalho assalariada ou, quando tal não for aceite pelos governos, um quadro de voluntários com um nível mínimo fixo de subsídios e incentivos proporcionais à dimensão dos serviços esperados.

198. Os programas RAcE usaram várias abordagens para criação de procura para os 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 a primeira fonte de cuidados para uma criança doente. No entanto, as estratégias de envolvimento da comunidade para promover o apoio dos ACS pelas suas comunidades tiveram resultados mistos. Alguns exemplos bem-sucedidos foram citados em relatórios de programas, mas as KII 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 de saúde gratuito' para as comunidades e a expectativa de que as comunidades fornecem apoio à manutenção deste serviço.

199. Com base nestes resultados, a avaliação recomenda a realização de mais pesquisas para entender 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.

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

200. A Iniciativa RAcE foi implementada pela OMS através da subcontratação de actores não estatais nacionais ou internacionais que foram seleccionados através de uma licitação competitiva. Esta foi uma nova modalidade de programa para a OMS, que geralmente implementa programas através do apoio directo dos governos. Os resultados da implementação realizada por parceiros contratados através de subvenções foram positivos e apreciados pela maioria dos intervenientes nas KII. 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 do iCCM para os governos centrais. Isto gerou progresso no desenvolvimento de políticas e ambientes regulatórios em apoio 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 central da política, assegurando que a experiência da RAcE era introduzida nas políticas e estratégias nacionais e no diálogo de coordenação entre parceiros. 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 uma prática universal, mas sim como uma abordagem transitória a

ser aplicada com base numa avaliação dos sistemas e capacidades dos governos e dos potenciais actores não estatais parceiros de implementação.

201. Com base nestes resultados, a avaliação recomenda que a implementação do programa através de actores não estatais seja adoptada 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 não estatais.

202. Os parceiros de implementação do programa RACE realizaram dez estudos de pesquisa operacional sobre questões como os sistemas de supervisão dos ACS, formação e ferramentas de recolha de dados, ou o uso da aplicação mHealth para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e da recolha de dados. 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. No momento da avaliação era demasiado cedo para realizar uma avaliação completa da contribuição da Iniciativa RAcE para novos conhecimentos e directrizes de iCCM, enquanto componente dos sistemas nacionais de saúde.

203. Com base neste resultado, a avaliação recomenda que o trabalho de consolidação, documentação e comunicação do conhecimento gerado pela Iniciativa RAcE seja concluído o mais breve possível e inserido em guias normativos actualizados e optimizados sobre as políticas e programas de iCCM.

204. 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 as lacunas dos 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.

205. Com base nestes resultados, a avaliação recomenda a análise das lacunas de financiamento para as necessidades contínuas de financiamento dos serviços de iCCM nas áreas do programa RAcE e a prestação de assistência aos governos parceiros na mobilização de recursos para evitar a interrupção dos serviços. Além disso, no futuro apoio ao iCCM, as necessidades de financiamento para o iCCM devem ser estimadas para além do período de apoio planeado e devem ser implementadas actividades desde o início para mobilizar fundos de fontes nacionais e internacionais para continuar os serviços após o final do programa de apoio planeado.

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

206. 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. A redução da mortalidade estimada com o auxílio do modelo Lives Saved Tool (LiST) não pôde, no entanto, ser corroborada. Uma avaliação dos dados usados para as estimativas do modelo constatou que estes não eram suficientemente fiáveis ou específicos para a população coberta para gerar resultados-modelo credíveis. Não existiam outros dados para a modelagem válida do impacto do iCCM na mortalidade infantil nos países do programa RAcE.

207. **Com base neste resultado, a avaliação recomenda que seja prestado apoio reforçado ao desenvolvimento e implementação de sistemas de registo civil e estatísticas vitais de qualidade, bem como a integração de dados de saúde comunitários fiáveis nos sistemas nacionais de gestão da informação de saúde, de forma a gerar informação sobre o impacto do iCCM que pode ser usada no planeamento de serviços de saúde.**

O PROGRAMA RAcE CONTRIBUIU PARA ALCANÇAR RESULTADOS A NÍVEL DA IGUALDADE DE GÉNERO?

208. 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. As causas das diferenças no acesso ao tratamento não foram analisadas. As questões de género relativas ao desempenho, estatuto e recrutamento dos ACS foram reconhecidas, mas as suas causas não foram exploradas ou abordadas. Os efeitos da introdução dos serviços de iCCM na tomada de decisão sobre a procura de cuidados no seio das famílias foram comentados, mas não documentados de forma sistemática. O baixo nível de sensibilização de género dos programas da Iniciativa RAcE constituiu numa oportunidade perdida de gerar conhecimento sobre questões de igualdade de género na oferta e procura de serviços de iCCM.

209. **Com base neste resultado, a avaliação recomenda a realização de revisões sistemáticas de questões de igualdade de género na oferta e procura de serviços de iCCM em diferentes contextos sociais e culturais, com o objectivo de fornecer dados sobre a igualdade de género e integrar a dimensão da igualdade de género nas políticas e directrizes de iCCM.**

LIÇÕES-CHAVE PARA OS PARCEIROS GOVERNAMENTAIS DA INICIATIVA RAcE

210. A avaliação foi baseada em dados recolhidos ao nível do programa, mas não avaliou individualmente o programa de cada país. Embora as recomendações da avaliação sejam direcionadas à OMS, há várias lições que podem ser aplicadas pelos governos parceiros na Iniciativa RAcE. 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 saúde de referência de primeiro nível. 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 direcionados a comunidades onde as restrições de prestação de serviços por 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.
- 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 requerem 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 prestadores de serviços 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 no quadro 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.

RECOMENDAÇÕES

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

Recomendação 5. 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 6. 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 7. 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 8. 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:

- Direcionar os 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.

REFERÊNCIAS

1. Rasanathan K, et al. (2014). Community case management of childhood illness in sub-Saharan Africa - findings from a cross-sectional survey on policy and implementation. *Journal of Global Health*
2. Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N (editors) (2016). Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Disease Control Priorities, third edition, volume 2. World Bank
3. Governo do Canadá (2012). Acordo de Subvenção entre o Governo do Canadá e a Organização Mundial de Saúde: Expansão do Acesso Rápido 2015 (RAcE 2015)
4. Sillah J, et al. (2015). WHO Technical Support in RAcE Project Implementation. Presentation to the 4th Meeting of International Steering Group, Geneva 19 November 2015
5. Chou VB, et al. (2017). Expanding the population coverage of evidence-based interventions with community health workers to save the lives of mothers and children: an analysis of potential global impact using the Lives Saved Tool (LiST). *Global Health*
6. Doherty T, et al. (2014) Report on the Summative External Evaluation of the Catalytic Initiative (CI)/ Integrated Health Systems Strengthening (IHSS) Programme in Ethiopia, Mali, Mozambique, Ghana, Malawi and Niger. South African Medical Research Council, University of the Western Cape and Save the Children
7. Daviaud E, et al. (2017). Costs of implementing integrated community case management (iCCM) in six African countries: implications for sustainability. *Journal of Global Health*
8. Collins D, Jarrah Z, Gilmartin C, Saya U (2014). The costs of integrated community case management (iCCM) programs: A multi-country analysis. *Global Health*
9. Chandani Y, et al. (2017). Quality improvement practices to institutionalize supply chain best practices for iCCM: Evidence from Rwanda and Malawi. *Research in Social and Administrative Pharmacy*
10. Shieshia M, et al. (2014). Strengthening community health supply chain performance through an integrated approach: Using mHealth technology and multilevel teams in Malawi. *Journal of Global Health*
11. Peart Boyce S, et al. (2017) Evaluation of a Mobile Health Application in the iCCM Program in Malawi. ICF
12. Cambell H, et al. (2013) Measuring Coverage in MNCH: Challenges in Monitoring the Proportion of Young Children with Pneumonia Who Receive Antibiotic Treatment
13. Jiya, J (2017). Lessons learnt on stimulating community engagement and support for iCCM providers. Presentation to the RAcE dissemination meeting, Abuja, October 2017
14. WHO/UNICEF (2014). Caring for the sick child in the community. Facilitator Notes and Participant' Manual
15. Save the Children (2017). Quality of sick child case management provided by Agentes Polivalentes Elementares (APEs)
16. International Rescue Committee (2016). Using simplified, pictorial tools to improve the quality and reduce the cost of iCCM in Tanganyika Province, Democratic Republic of Congo (DRAFT REPORT)
17. Malaria Consortium (2017). Report of Clinical Audit of CORPs in 6 LGAs of Niger State. (DRAFT REPORT)
18. Gilroy KE, et al. (2013). Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi. *Health Policy and Planning*
19. Martin S, et al. (2017). Community dialogues for child health: results from a qualitative process evaluation in three countries. *Journal of Health, Population and Nutrition*

20. Ministry of Health Malawi (2017). TYIIN Study Implementation Report
21. Malaria Consortium (2017). One-arm safety intervention study on management of chest indrawing by CORPs, Niger state, Nigeria. Presentation to the RAcE dissemination meeting, Abuja, October 2017
22. WHO GMP (2015). Request for Proposals: Technical Support for Sustainability Planning for the WHO Rapid Access Expansion (RAcE) Project.
23. State Ministry of Health, Niger State, Nigeria (2017). Roadmap for Sustainable iCCM Services in Niger State, Nigeria
24. WHO Global Malaria Programme (2012). RAcE 2015 – Rapid Access Expansion: Using malaria as an entry point for strengthening integrated Community Case Management (iCCM) of childhood illness. (Funding proposal to CIDA)
25. WHO (undated). RAcE Secretariat Response to DFATD Questions on the RAcE Annual Report 2014
26. WHO (2017). Rapid Access Expansion Programme. Annual Progress Report 1. January to 31. December 2016