



Documento de Lições Aprendidas	
Área Temática	Coordenação, definição de políticas e expansão
Descrição	Este documento de Lições Aprendidas apresenta um resumo do desenvolvimento de políticas eficientes para lançar, expandir e sustentar os programas de gestão integrada de casos (de crianças doentes) na comunidade (iCCM), bem como dos principais desafios encontrados e da relação entre as políticas deste programa e outras políticas de saúde.
Instituições que documentam as Lições Aprendidas	UNICEF e Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH)
Antecedentes <p>As políticas de desenvolvimento e de implementação da iCCM têm-se tornado comuns na África Subsaariana. A maioria dos países africanos possui actualmente políticas de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) para casos de malária e de diarreia e um número crescente de países tem adoptado políticas da iCCM para casos de pneumonia. No entanto, são poucos os países que adoptaram políticas de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM), relativamente a cuidados a prestar a recém-nascidos. Grande parte do processo de implementação de programas iCCM envolveu o apoio e financiamento significativos de parceiros externos para o desenvolvimento.</p>	
Processo de documentação <p>A principal fonte de documentação para as Lições Aprendidas, no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de iCCM, foi uma série de estudos de caso levados a cabo em diferentes países. Tratam-se de estudos de caso qualitativos e retrospectivos sobre as políticas da iCCM, com base na análise de documentos, entrevistas semi-estruturadas e oficinas de validação realizadas nos respectivos países. Estes estudos foram realizados em Burquina Faso, no Quênia, no Malawi, no Mali, em Moçambique e no Níger, por um grupo de investigadores liderados pela escola de saúde pública JHSPH e financiados pela USAID-TRAction e pela UNICEF. Estes países foram seleccionados intencionalmente para que se pudesse reflectir a máxima variação relativamente ao estatuto das políticas da iCCM, às sub-regiões de África e a modelos de ACS (agentes comunitários de saúde). Foi realizado um estudo adicional - que envolveu a análise de documentos e entrevistas em profundidade - com vista a abranger os intervenientes globais nas políticas da iCCM. Uma síntese das principais conclusões dos estudos de caso pode ser encontrada no seguinte manuscrito submetido para publicação:</p> <p>Bennett S, George A, Rodriguez D, Shearer J, Diallo B, Konate M, Dalglish S, Juma PA, Namakhoma I, Banda H, Chilundo B, Mariano A, Cliff J. <i>Policy challenges facing integrated community case management in sub-Saharan Africa</i>. (Desafios políticos para a gestão integrada de casos na comunidade na África Subsaariana).</p> <p>Em 2013, a UNICEF realizou um inquérito transversal e quantitativo sobre a formulação de políticas para a iCCM e sua implementação em países da África Subsaariana. Este inquérito foi baseado em inquéritos anteriores da iCCM. O inquérito, cujos resultados serão brevemente publicados no <i>Journal of Global Health</i> (www.jogh.org), ajudou a perceber em que medida os resultados dos estudos de</p>	

caso poderiam ser generalizáveis.

Estratégias bem-sucedidas

Os seguintes factores facilitaram a criação de políticas eficientes para a implementação de programas de iCCM.

- **O financiamento externo** para garantir recursos para a implementação de políticas de iCCM (tais como, o financiamento de equipas de ACS e/ou medicamentos) tem sido crucial, com a perspectiva desse mesmo financiamento a revelar-se um estímulo fundamental para o desenvolvimento de políticas.
- **O compromisso político para com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)** e a preocupação com o progresso feito para os atingir tem motivado países a adoptarem políticas de implementação da iCCM, por reconhecerem que as estratégias existentes não estão a produzir efeitos suficientemente rápidos para cumprir as metas dos ODM 4.
- **Os dados disponíveis** têm assumido um papel central na persuasão dos decisores dos países acerca da necessidade de se criarem políticas de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM). Os diferentes tipos de dados foram usados para diferentes propósitos. Dados disponíveis baseados em países foram usados para identificar os maiores desafios enquanto os decorrentes de investigação serviram para identificar e priorizar intervenções. Organizações globais, tais como agências das Nações Unidas ou ONG internacionais, tiveram um importante papel na promoção e disseminação destes dados.
- A **natureza e história dos sistemas de saúde** já existentes influenciou a velocidade à qual as políticas de iCCM foram desenvolvidas e implementadas. Os países que historicamente demonstram uma abordagem de adopção de cuidados de saúde primários e que tinham fortes quadros de ACS puderam desenvolver e implementar políticas de iCCM de forma mais rápida.

Estratégias que não resultaram

Os seguintes factores revelaram ser obstáculos ao desenvolvimento de políticas eficazes de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM).

- **Defensores de alta instância política para o programa iCCM têm sido raros e, para além disso, nem todas as partes interessadas têm estado envolvidas.** O desenvolvimento destas políticas passa, geralmente, por gabinetes técnicos dentro dos Ministérios da Saúde. As próprias comunidades não têm colaborado o suficiente na formulação de políticas, embora não se deva assumir que estas sejam totalmente favoráveis ao programa iCCM. Também os Ministérios das Finanças se têm ausentado destas discussões, apesar dos constantes desafios relativos ao financiamento.
- **As influências globais nas políticas de iCCM nem sempre têm sido coerentes,** encontrando-se, por vezes, agências com visões conflituais e omissões no que toca a vários protagonistas. Tal também se verifica ao nível nacional.
- Nalguns países, **algumas partes interessadas resistem a ceder aos ACS direitos de prescrição de medicamentos no contexto da gestão integrada de casos na comunidade (iCCM),** estando grupos de médicos à cabeça dessa lista.
- **A integração transversal nas condições da iCCM provou ser variável.** Países com programas verticais bem-financiados (como por exemplo, para o combate à malária) enfrentaram, por vezes, maiores obstáculos para conseguirem essa integração.
- **As dúvidas de decisores políticos acerca da transmissibilidade de dados** sobre a eficácia da iCCM provenientes de outros países, **a par dos dados locais limitados,** tem atrasado a implementação de políticas.
- **O desenvolvimento de políticas de iCCM para recém-nascidos mostra um desfasamento significativo** em comparação com outras actividades de iCCM, sendo que a sepe neonatal e a

reanimação são tratadas ao nível das instalações de saúde na maioria dos países africanos. Este progresso mais lento deve-se à relação directa entre cuidados neonatais e cuidados maternos (que requerem políticas distintas na maioria dos países) e às dúvidas sobre a aptidão dos ACS para prestar cuidados adequados nestes casos.

Lições aprendidas

O desenvolvimento de políticas para a gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) é um processo que se encontra em expansão, e que raramente implica políticas isoladas. Os documentos de políticas de alto nível variam frequentemente nas referências específicas a ACS ou a componentes da iCCM; os documentos do programa e de formação são geralmente mais coerentes. O desenvolvimento de um quadro de políticas de alto nível para a gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) nem sempre precedeu a implementação de linhas de orientação de baixo nível. A percepção dos países em relação às políticas de iCCM é de que esta foi construída a partir do legado da gestão integrada das doenças da infância (IMCI). No entanto, os parceiros globais nem sempre têm enquadrado a iCCM como uma extensão ou continuação do IMCI.

Os desafios políticos à implementação da iCCM geralmente envolvem **a transposição de obstáculos transversais** aos sistemas de saúde em geral, **como, por exemplo, financiamento insuficiente ou falta de vontade política**. Cada país enfrenta, também, desafios próprios em relação a aspectos específicos de políticas de iCCM, como os ACS ou questões relacionadas com a cadeia de abastecimento. O iCCM foi concebido enquanto estratégia global, embora fique a cargo de cada país decidir a melhor maneira de o introduzir no seu ecossistema político e institucional e no seu sistema de saúde.

A sustentabilidade das políticas de iCCM e a sua implementação assume-se como uma questão fundamental, mesmo em países onde o progresso feito foi significativo. Os Ministérios da Saúde têm desempenhado um papel essencial, embora na maior parte dos países o financiamento, concepção e implementação de políticas passe ainda por parceiros externos. Os principais custos com o iCCM são as despesas com salários dos ACS e compra de medicamentos e outros produtos de base. **As preocupações com o financiamento são o factor mais desencorajador no desenvolvimento de políticas de iCCM em vários países**, e são uma ameaça ao progresso feito em países que já adoptaram a gestão integrada de casos na comunidade (iCCM). As discussões sobre as políticas de iCCM precisam de forçar o seu caminho para integrar as discussões sobre os sistemas de saúde e seus profissionais, ao invés de continuarem a existir como uma actividade marginal, financiada e defendida por parceiros externos.

A crescente tendência para a implementação de cuidados de saúde universais em muitos países, implicando uma maior alocação de recursos fiscais para o sistema de saúde, representa uma oportunidade para se apresentar **a gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) como uma estratégia nuclear e economicamente viável para aumentar a cobertura nesses mesmos sistemas de forma equitativa**. Fazê-lo irá exigir uma reflexão sobre como integrar a iCCM tendo em conta as diferenças entre países, nomeadamente nas estruturas existentes de sistemas de saúde.