



Documento de Lições Aprendidas

Área Temática	Impacto e avaliação de resultados
Descrição	Este documento de Lições Aprendidas avalia a experiência recente na documentação e atribuição de mudanças na mortalidade de menores de cinco anos a intervenções específicas de vários programas de iCCM.
Instituições que documentam as Lições Aprendidas	Malaria Consortium (Consórcio contra a Malária), Johns Hopkins University
Antecedentes <p>Os programas de iCCM intervêm directamente para prevenir mortes resultantes das doenças potencialmente fatais mais comuns em comunidades com recursos muito limitados. Como tal, pode ser assumido que os programas de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) irão contribuir para taxas de mortalidade mais baixas. Contudo, para que isto seja provado, há que cumprir três conjuntos de pressupostos. Em primeiro lugar, o programa tem de ser implementado com intensidade suficiente para gerar impacto ao nível da população. A teoria de mudança dos programas de iCCM indica que para gerar impacto na mortalidade deve haver uma mudança substancial na proporção de crianças doentes entre a população-alvo a receber tratamento de forma segura, eficaz e atempada; para que a cobertura dos tratamentos aumente, a utilização de serviços de novos prestadores de cuidados de saúde deve ser alta e a qualidade do seu serviço fiável. Além disso, o número de prestadores de serviços de iCCM no terreno deverá ser suficiente para aumentar bastante a densidade global de pontos de prestação de serviços. Estas condições de base nem sempre têm sido cumpridas. Em segundo lugar, os programas de iCCM devem ser apropriados para o seu contexto, incluindo tratamentos para todas as principais doenças que coloquem a vida em perigo, medicamentos eficazes no terreno, e ser dada prioridade efectiva às crianças que se encontrem realmente em risco de morrer e à relativa escassez de alternativas em cuidados de saúde. Este conjunto de pressupostos também não tem sido cumprido universalmente, com muitos programas a persistir no uso de cotrimoxazole no tratamento de pneumonia, por exemplo, apesar de amplas provas de resistência bacteriana ao cotrimoxazole. Em terceiro lugar, os métodos para avaliar o impacto da mortalidade devem ser fiáveis, precisos e generalizáveis. Este terceiro pressuposto, em particular, é avaliado neste documento.</p>	
Processo de documentação <p>Uma revisão sistemática de literatura publicada sobre o impacto de programas de iCCM na mortalidade identificou uma revisão anterior (Christopher <i>et al.</i>, 2011), que sintetizava informação sobre um estudo aleatório em ambiente controlado e vários estudos-piloto de pequena escala. Foram contactados todos os implementadores de programas e estudos de grande escala realizados em África desde 2000. Para o propósito desta revisão em específico, limitou-se o âmbito a estudos com dados sobre a mortalidade tanto do período de implementação do próprio programa <i>como</i> de um período pré-programa de mesma duração e sazonalidade. Foram igualmente considerados estudos para os quais havia um grupo de comparação (fora do programa) com dados acerca da mortalidade dos mesmos períodos temporais (de modo a tirar conclusões sobre o impacto líquido dos programas de</p>	

iCCM em relação a outras tendências na mortalidade resultantes de outras intervenções). Não foram tidos em conta estudos em que apenas alguns prestadores de cuidados foram formados, considerando que seria pouco provável que informassem acerca do impacto de programas nacionais ou sub-nacionais de grande escala.

Para a análise, foram identificados quatro projectos de investigação de grande escala e sete avaliações de programas, num total de oito países. Os investigadores destes estudos providenciaram dados de avaliação normalizados para a realização de uma nova análise. O início do período de implementação foi definido como o tempo em que pelo menos 80% dos prestadores de iCCM tinham sido formados e ofereciam serviços activamente. O final da implementação surge com a suspensão do programa ou com a conclusão da recolha dos dados sobre a mortalidade, considerando qual destes dois ocorresse primeiro. O resultado considerado em todos os casos foi a mortalidade de crianças entre os 2 meses e os 5 anos, medida como mortes por milhar de pessoas/anos em risco. Os resultados foram atingidos através do uso de técnicas de meta-análise padrão e técnicas de meta-regressão, com análises de sensibilidade usando uma variedade de esquemas diferentes de ponderação.

Estratégias bem-sucedidas

Em seguida apresentam-se estratégias que ajudaram a atribuir as mudanças na mortalidade ao contributo de programas de iCCM.

- A recolha de dados sobre mortalidade usando **históricos completos de nascimentos (*full birth histories*)** é uma abordagem promissora para a avaliação de programas de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM). Isto deve-se ao facto de os dados de históricos de nascimento (*birth history data*) recolhidos num único momento no tempo, perto do final do período de implementação do programa, permitirem a reconstrução da evolução da mortalidade na população-alvo ao longo de, pelo menos, as duas décadas anteriores, com a possibilidade de focar com mais detalhe períodos específicos. A capacidade de compreender o que acontecia com a mortalidade antes da introdução de programas de iCCM ajuda à interpretação do estudo ou à avaliação das conclusões. Além disso, o facto de os dados de pré-implementação e de implementação serem recolhidos a partir dos mesmos agregados familiares tem propriedades estatísticas desejáveis.
- Nos estudos de investigação, a intervenção foi introduzida num **mosaico de áreas geográficas pequenas** em detrimento de poucas áreas grandes; estes "conjuntos" de intervenção foram então comparados a um número semelhante de áreas não incluídas no programa (áreas de comparação). Esta estratégia permitiu fazer inferências relativamente simples sobre o impacto provável de uma mesma intervenção numa população maior. Esta estratégia também permitiu que os grupos de intervenção e de comparação comesçassem com níveis semelhantes de mortalidade antes da implementação de um programa.
- Alguns casos de estudo incluíram a recolha de um **conjunto exaustivo de dados**, com a inclusão não apenas da mortalidade mas também das mudanças na cobertura do tratamento (tanto em intervenções de iCCM como noutras) e de dados detalhados da utilização do programa. Isto facilitou em muito a interpretação dos resultados sobre a mortalidade.

Estratégias que não resultaram

Em seguida apresentam-se as estratégias que foram identificadas como tendo prejudicado a capacidade para atribuir mudanças na mortalidade aos programas de iCCM.

- A recolha de históricos de nascimentos (*birth histories*) em populações com baixa literacia requer uma **supervisão intensiva** no processo de recolha de dados, o que não foi conseguido em todos os casos. Uma vez que é difícil detectar a baixa qualidade de dados sobre mortalidade após terem sido recolhidos, foi efectuada uma avaliação da plausibilidade dos níveis de mortalidade observados na base de referência; é possível que dados com qualidade moderadamente baixa

tenham passado este teste pouco sensível. Métodos indirectos de avaliação da mortalidade não são úteis uma vez que não podem ser relacionados com um período histórico preciso, e que não se consegue especificar um intervalo de idade preciso. A vigilância demográfica prospectiva nem sempre está bem posicionada para registar a morte das crianças mais novas.

- Houve **falhas básicas na concepção da avaliação** da grande maioria dos estudos, o que torna muito difícil tirar qualquer conclusão a partir dos resultados. Ou as áreas de comparação eram muito diferentes das intervenções na base de referência, e/ou o programa estava alocado a números muito pequenos de áreas geográficas relativamente largas, impossibilitando a exclusão de influências locais ou de idiossincrasias nos resultados, e/ou com as áreas de comparação que também receberam alguma forma de ICCM ou de intervenções semelhantes. Em vários casos, o programa aplicado nas áreas de intervenção era tão diferente do modelo padrão de ICCM que o valor de comparação entre estudos tem de ser questionado.
- Uma vez que a mortalidade é um acontecimento raro, virtualmente nenhum dos estudos de caso tinha **poder para detectar um impacto estatístico significativo** do programa. Os cálculos de potência estatística, que são uma etapa básica no desenvolvimento de um plano de avaliação, ou não foram feitos, ou foram baseados em suposições datadas ou demasiado optimistas, ou ainda não tiveram em conta o modelo de avaliação. Para além disso, os períodos de exposição do programa foram demasiado curtos para acumular um número suficiente de mortes na população em estudo, e/ou não deram às populações o tempo suficiente para se habituarem aos novos prestadores de cuidados de saúde. Assim, *enormes quantidades de recursos de avaliação foram desperdiçados em estudos que nunca tiveram a real possibilidade de atingir o seu principal objectivo de demonstrar os impactos dos programas na mortalidade.*
- Os programas decorreram em áreas com **sistemas de saúde e contextos epidemiológicos em rápida evolução**. Assim, estes já tinham frequentemente deixado de cumprir os pressupostos básicos necessários para demonstrar o impacto na mortalidade.

Lições Aprendidas

- **O impacto na mortalidade de programas recentemente implementados varia consideravelmente** de uma (estatisticamente significativa) redução de 76% na mortalidade a um (não significativo) aumento de 43%, com uma redução mediana de 21%. Crê-se que muita desta aparente variação se deve a uma formulação inadequada da avaliação e do programa.
- A mensuração da mortalidade é uma actividade muito especializada, que requer entrevistadores com alta formação, grande supervisão do trabalho de campo e - acima de tudo - um grande número de amostras. **Financiadores e patrocinadores governamentais de avaliações de ICCM não deveriam exigir a avaliação directa de mortalidade a menos que estejam dispostos a investir nos recursos necessários.**
- Há uma corrente lógica de resultados de ICCM nos quais a elevada utilização de serviços de qualidade é um pressuposto para a elevada cobertura de tratamentos seguros, eficientes e atempados de crianças doentes, e a alta cobertura de tratamentos seguros, eficientes e atempados de crianças doentes é, por seu turno, o pressuposto para se observar mortalidade reduzida. A mensuração da mortalidade não deve ser feita a não ser que se possa provar que todas as outras condições foram cumpridas. De um modo geral, **resultados sobre a mortalidade não deveriam ser considerados para programas que provavelmente irão ser implementados por menos de dois anos.**
- Devido a sistemas de saúde e a contextos epidemiológicos em rápida mudança, **torna-se bastante mais fácil interpretar dados de mortalidade se outros dados sobre a cobertura de tratamentos, utilização de programas, e outras variáveis contextuais forem também recolhidos.**

- **As considerações sobre a formulação do programa muitas vezes entram em conflito com premissas básicas para uma boa avaliação.** Por exemplo, um programa decidiu introduzir a gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) em dois distritos e comparar a experiência de mortalidade com um distrito de comparação. Na literatura, esta comparação "2 contra 1" é conhecida por produzir resultados que não são interpretáveis. Da mesma forma, forçar a implementação de programas em distritos com a mortalidade mais alta significa que as áreas de comparação não irão ser verdadeiramente comparáveis na base de referência, o que irá criar grandes dificuldades na interpretação das conclusões.
- Se se puder garantir um contexto de avaliação sólido, **os históricos de nascimentos (*birth histories*) - ou, melhor ainda, históricos completos de gravidez (*full pregnancy histories*) - são a melhor maneira para recolher dados sobre a mortalidade infantil.** Estes devem ser analisados compartimentando as mortes e os anos em risco em períodos de tempo sequenciais. Um inquérito longitudinal ao nascimento pode produzir informação tanto para o período de implementação do programa como para o período pré-programa.