



Documento de Lições Aprendidas

Área Temática	Impacto e avaliação de resultados
Descrição	Este documento de Lições Aprendidas passa em revista recentes experiências fazendo uma apreciação e referindo as mudanças ao nível da cobertura de tratamentos para pneumonia, malária e diarreia em programas de iCCM.
Instituições que documentam as Lições Aprendidas	UNICEF e Save the Children (Salvar as Crianças)

Antecedentes

As apreciações dos programas de iCCM devem avaliar em que medida a iCCM contribui para um aumento global do acesso, cobertura e oportunidade de tratamento, e fornecer informações relevantes sobre como melhorar os programas. Para isso, as apreciações requerem teorias de mudança, a formulação clara das perguntas de avaliação, modelos adequados, elementos de análise que reflectam as características geográficas das áreas de implantação, métodos sólidos e variadas fontes de dados do programa em questão, e seu contexto, que tenham elevada qualidade e que reflectam as três fases de implementação do programa, o antes, o durante e o depois.

Quer os gestores de programa, quer os investigadores, geralmente assumem que o desempenho de um programa de iCCM se rege por uma teoria de mudança e que determinadas características dos programas estão associadas a maiores taxas de tratamento e, portanto, a uma maior cobertura. Foi dada especial atenção a uma adequada formação e supervisão e ao abastecimento de medicamentos e de provisões suficientes. Contudo, há outros factores que podem afectar as taxas de tratamento, incluindo a rácio entre o número de ACS e o número de crianças, a distribuição geográfica dos ACS, o facto de estes agentes serem ou não pagos, o facto de pertencerem ou não à comunidade onde trabalham, o facto de serem ou não cobradas taxas moderadoras, a qualidade dos serviços, a procura activa de casos de crianças doentes e o funcionamento geral do próprio sistema de cuidados de saúde. Infelizmente, a maior parte das apreciações que foram feitas não contemplaram todos estes factores. E nos casos em que estes factores foram considerados, não o foram de forma normalizada. Como resultado, pouco se sabe sobre a importância relativa destes factores no que diz respeito às taxas de tratamento e de cobertura.

Processo de documentação

Em primeiro lugar, a equipa de análise levou a cabo uma revisão de literatura publicada com resultados dos programas de iCCM. Embora existam várias apreciações feitas na região da Ásia, existem poucas na região de África. Como tal, contactaram-se organizações internacionais-chave que trabalham com programas de iCCM e universidades envolvidas na avaliação da iCCM, com vista a criar uma lista de todas as avaliações existentes sobre o programa, em África, desde 2000. Foram identificadas 22 avaliações. Foi pedido ao investigador principal de cada avaliação que preenchesse uma folha de Excel normalizada, com os principais factores da sua avaliação e com as principais características do programa avaliado. Analisaram-se os seguintes temas a partir das informações recebidas: teorias de mudança, formulação clara das perguntas de avaliação, modelos adequados, elementos de análise que reflectam as características geográficas das áreas de implantação, métodos

sólidos e variadas fontes de dados do programa em questão, e seu contexto, que tenham elevada qualidade e que reflectam as três fases de implementação do programa, o antes, o durante e o depois.

Estratégias bem-sucedidas

De modo geral, os seguintes factores estiverem presentes nas avaliações que atribuíram mudanças no acesso e na cobertura aos programas de iCCM.

- **O programa e a avaliação basearam-se numa teoria de mudança** ou noutro modelo conceptual que define uma estratégia causal através da qual se espera que as actividades no âmbito do programa criem as mudanças desejadas.
- **Pergunta de avaliação formulada de forma clara** (por exemplo, o impacto da iCCM na cobertura das três principais doenças, o impacto da iCCM na actualidade dos tratamentos).
- Dependendo da pergunta de avaliação, **métodos com áreas de comparação sem implementação da iCCM foram úteis nos casos em que a área de comparação era semelhante à área de intervenção**, em que não havia qualquer actividade da iCCM a ser implementada ou informação contextual, e recolheram-se dados de monitorização juntamente com dados de inquéritos iniciais e finais. No entanto, devido aos rápidos esforços de expansão em muitos países, outros métodos (tais como avaliação por fases, antes/depois, plataforma de avaliação, avaliações realistas) podem ser mais apropriados.
- **Utilizaram-se várias fontes de informação**, incluindo:
 - Inquéritos iniciais e inquéritos finais em agregados familiares;
 - Dados de monitorização sistemática através de formulários normalizados dos ACS e dos Supervisores;
 - Dados de monitorização sistemática de instalações de saúde situadas na mesma área que os programas de iCCM, para avaliar o impacto da iCCM nos tratamentos em instituições de saúde;
 - Dados de análises quantitativas de ACS e de supervisores, para validar dados de rotina;
 - Dados quantitativos de ACS, supervisores, familiares das crianças e funcionários de centros de saúde, para avaliar a aceitação ou não aceitação de tratamentos; e
 - Dados contextuais acerca de factores que poderiam afectar o desempenho ou o resultado do programa, tais como, surtos de doenças, distúrbios civis, uma catástrofe à escala nacional, ruptura de *stock* dos principais produtos de base ou ainda, outros programas de saúde ao serviço da mesma comunidade.
- **Os dados recolhidos reflectiram os elementos de análise**, no que diz respeito a:
 - Área do programa da iCCM - foram recolhidos inquéritos em agregados familiares nas sub-áreas em que decorriam programas de iCCM e não apenas na maior unidade de saúde, em termos geográficos, (por exemplo, se a iCCM apenas cobre áreas de difícil acesso num distrito, tem de ser possível desagregar esses dados dos dados de pesquisa de todo o distrito, para que possam obter informações das sub-áreas abrangidas pela iCCM). O mesmo se aplica aos dados de monitorização de rotina.
 - Fonte do tratamento - quer os inquéritos, quer os dados de rotina, tinham informações sobre a origem do tratamento (por exemplo, instalações de saúde *versus* ACS), para permitir que sejam desagregados na fase de análise.
- **Os dados eram fiáveis e de qualidade** (por exemplo, quem recolhia os dados tinha formação, os instrumentos de recolha eram testados e revistos, não havia lacunas no preenchimento de dados).
- **Os dados foram representativos do período de tempo antes e durante a implementação**, permitindo que a avaliação final tivesse lugar com tempo suficiente após a implementação.

Estratégias que não resultaram

De modo geral, os seguintes factores estiverem presentes nas avaliações que atribuíram mudanças no acesso e na cobertura aos programas de iCCM.

- **Não existia nenhum plano de avaliação pré-concebido.**
- **O método utilizado não era apropriado para a pergunta de avaliação.** Em algumas avaliações as áreas de comparação não eram semelhantes às áreas de intervenção. Noutras avaliações os dados recolhidos não diziam respeito especificamente às sub-áreas cobertas pela iCCM. Alguns estudos saltaram directamente para a mensuração das taxas de mortalidade sem reunir quaisquer dados acerca da cobertura.
- **Usando uma área de comparação que tinha uma iCCM parcial (ACS a tratar duas doenças) ou ACS a tratar uma doença.** Isto não foi útil para responder à questão do impacto da iCCM no seu todo.
- **A falta de um conjunto completo de múltiplas fontes de dados.** Algumas avaliações não tinham dados de rotina da monitorização de instalações de saúde, ou dados qualitativos/contextuais. A informação sobre o porquê das pessoas não estarem a aceder aos serviços é particularmente importante para compreender as baixas taxas de utilização em alguns programas.
- **As definições e a interpretação de alguns indicadores variaram entre estudos.** Em particular, a definição de "rupturas de stock", e a forma como as taxas de supervisão eram medidas.
- **O numerador e denominador usados para avaliar a cobertura foram definidos de forma diferente entre estudos,** especialmente em relação à proporção de crianças que receberam tratamento de ACS.
- **A avaliação final foi conduzida ainda antes da implementação total do programa.** Algumas avaliações foram conduzidas com o programa a decorrer há menos de um ano.

Lições Aprendidas

As avaliações de programas de iCCM na região de África foram pensadas para responder a uma variedade de questões e não apenas ao efeito da iCCM na cobertura de tratamento. Estes estudos usaram métodos diferentes, analisando e recolhendo indicadores-chave de modo diferente. Alguns foram completados antes da implementação total da iCCM e demonstraram ser de qualidade variável. Como resultado, é difícil retirar destes programas conclusões definitivas. Foi possível, no entanto, identificar um número de lições aprendidas:

- Antes do início de um programa de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) deve existir **um plano claro para a avaliação**, incluindo uma pergunta muito específica que deve encontrar resposta.
- **A definição de indicadores, numeradores e denominadores deve ser normalizada** entre os vários estudos e deve ser documentada claramente aquando da elaboração das conclusões da avaliação.
- **As medições da cobertura inicial e final** baseadas em inquéritos a agregados familiares devem ser conduzidas nas áreas sob avaliação e conter informação específica em relação à sub-área em que o programa de iCCM decorre.
- Permitir que o **programa seja implementado totalmente** (no mínimo, um ano) antes de realizar uma análise final.
- **Apenas devem ser usadas áreas de comparação se houver áreas similares intervencionadas e não-intervencionadas e se o conjunto completo de dados puder ser recolhido em ambas.** Outros tipos de modelos de estudo, como a avaliação por fases, cenários hipotéticos, e antes/depois da implementação podem ser considerados com base na pergunta da avaliação.
- **A validação dos indicadores de cobertura** em inquéritos a agregados familiares usados nestas avaliações, para determinar se estes mostram de forma rigorosa se a cobertura de iCCM é importante (por exemplo, depois de um intervalo de duas semanas os entrevistados têm a certeza

de quem é o ACS?).

- **Dados contextuais** têm de ser recolhidos para perceber os resultados dos programas.
- Dados para perceber **por que razão os serviços não estão a ser usados** devem fazer parte da avaliação.
- **Investigadores experientes** com questões quantitativas e qualitativas devem fazer parte da equipa de avaliação.
- Embora a avaliação por parceiros externos seja importante, esta deve ser feita em **cooperação** com os implementadores. Isto garante que todas as fontes de dados necessárias para uma avaliação completa estão reunidas.
- Devido ao ambiente de rápidas mudanças no que respeita os cuidados de saúde em África, **as avaliações podem precisar de ser modificadas a meio do caminho para que se ajustem às mudanças.**
- É necessário fazer e publicar mais avaliações em África. As **avaliações mais recentes** em África devem ser publicadas em literatura revista por pares.
- Deveria existir pelo menos uma **avaliação normalizada feita a vários países** da região de África.
- Quando existir pelo menos uma avaliação que integre vários países africanos e avaliações adicionais específicas a cada país, os programas de iCCM devem **focar-se na monitorização** para se assegurarem de que os atributos do programa são consistentes com as conclusões retiradas das avaliações.