



RELATÓRIO FINAL

Evaluation à mi-parcours du Programme Intégré de Santé Maternelle et infantile (PIMI II)

Julho 2019



ÍNDICE

Resumo Executivo do relatório	5
Introdução e Contexto	8
Resultados por critério e por questão de avaliação	9
3.1. A Relevância e Coerência da Estratégia	9
3.2. Eficácia	14
3.3 Eficiência	19
3.4 Sustentabilidade	25
3.5 Efeitos e Impactos.	27
4. Conclusões e recomendações	33
4.3 Recomendações	36
5. Lista de Anexos	40

As opiniões contidas neste relatório não representam necessariamente a opinião da União Europeia.

Abreviações e Acrónimos

AMI	Assistência Médica Internacional
AS	Área Sanitária
ASC	Agente de Saúde Comunitária
AT	Assistência Técnica
BM	Banco Mundial (World Bank)
CCM	Comissão de Coordenação Multisectorial (Country Coordinating Mechanism)
CECOME	Central de Compra de Medicamentos Essenciais
CLTS	Saneamento Total Liderado pela Comunidade
CMI	Centro Materno Infantil
CS	Centro de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
DRS	Direções Regionais de Saúde
DUE	Delegação da União Europeia junto da Guiné-Bissau
EdA	Equipa da Avaliação
EDF	European Development Fund
EMI	Entraide Médicale Internationale
ERS	Equipa Regional da Saúde
FG/FM	Fundo Global / Mundial
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GB	Guiné-Bissau
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HR	Hospitais Regionais
IAI	Intervenções de Alto Impacto
ICC	Immunization Coordination Committee (GAVI)
IGAS	Inspeção Geral da Saúde
IHP+	International Health Partnership (WHO/BM)

IMVF	Instituto Marquês de Valle Flôr
INASA	Instituto Nacional de Saúde Pública
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
MMR	Maternal Mortality Ratio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PF	Planeamento Familiar
PFE	Práticas Familiares Essenciais
PIMI	Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRGS	Programa de Reforço da Capacitação de Gestão Sanitária
RAS	Responsável de Área Sanitária
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SOT	Supervisor Operacional de Terreno
SMI	Saúde Materno-infantil
SNLS	Serviço Nacional de Luta contra a SIDA
TB	Tuberculose
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TS	Técnico de saúde
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine
UE	União Europeia
US	Unidade Sanitária
VIDA	Voluntariado Internacional para o Desenvolvimento Africano
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Resumo Executivo do relatório

O programa PIMI II (Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil) responde à urgente necessidade de intervenção na área da saúde materna e infantil, prioritária para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. I Partindo de uma primeira boa experiência, PIMI I (2012 – 2016), em quatro regiões e um orçamento de 6.8 milhões de Euros, a Delegação da União Europeia em Guiné-Bissau (DEU) iniciou em junho de 2017 o programa PIMI II, com quatro anos de duração, cobertura nacional e um orçamento final de 24.7 milhões de Euros, dos que a EU contribui com o 89% do montante total.

O programa continua em boa medida a estratégia iniciada em PIMI I: está articulado ao redor de quatro eixos principais: a) Melhorar a prestação de cuidados de saúde por meio de disponibilizar nas unidades sanitárias medicamentos e insumos atempadamente assim como melhorar as práticas médicas mediante formações e supervisão formativas; b) Melhorar a gestão e planificação das áreas sanitárias para maximizar o uso dos recursos disponíveis; c) Diminuir as barreiras de acesso aos cuidados mediante a promoção ativa da gratuidade mediante compensações económicas e apoio às transferências intra-hospitalares e d) Proporcionar cuidados e promoção da saúde na comunidade.

Os resultados muito positivos das ações de PIMI II são visíveis tanto nos dados de indicadores de monitoria, que mostram claras melhorias em aqueles referidos às coberturas de cuidados médicos, como na análise das fontes primárias qualitativas: médicos e pessoal sanitários entrevistados coincidem em confirmar que tem maior afluência de público aos centros de saúde e que a atenção sanitária melhorou; a colaboração entre os Agentes de Saúde Comunitária e o pessoal clínico do MINSAP está a mostrar resultados muito positivos e indica uma tendência para o desenvolvimento de uma política de saúde nacional. O programa PIMI II beneficia diretamente cerca de 200 mil crianças menores de 5 anos, cerca de 300 mil mulheres em idade fértil e 70 mil mulheres grávidas, e mais de 950 profissionais de saúde das 117 áreas sanitárias do país. A ação beneficiará indiretamente a totalidade da população da Guiné-Bissau (est.1.7 habitantes).

A até agora colaboração com o nível central do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), supõe mais um constrangimento para a perenização do impacto do PIMI II e de mudanças de políticas, embora os esforços fortes engajados pela Delegação da União Europeia. A instabilidade política que seguiu ao golpe de Estado de 2012 continua até a data, que no sector da saúde se revela mediante numerosas mudanças de Ministros, com subsequentes câmbios na equipa diretiva do MINSAP, o que faz que demoras estruturais longamente esperadas não acabem por acontecer e que os doadores manifestem um certo receio compreensível a investir no fortalecimentos da instituição e convocou um importante comitê de pilotagem para aumentar a comunicação e a colaboração entre os principais interessados.

A expansão do sucesso de PIMI I de quatro regiões para uma ampliação *nacional* foi muito relevante e altamente elogiada, dado que projetos globais são tão raramente ampliados.

A assistência técnica (AT) fornecida ao PIMI II é uma equipe dedicada de profissionais com uma profunda compreensão do contexto e uma vasta experiência no país. A AT tem apoiado a elaboração de planos de trabalho conjunto com os parceiros todos.

A oportunidade que representa a intervenção de 25 milhões de dólares do Banco Mundial, que vai continuar com várias das componentes de PIMI II, assim como as ações de outros doadores como a Cooperação Portuguesa Guiné-Bissau, OMS (Organização Mundial de Saúde), UNICEF, e GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), podem servir para continuar a desenvolver um acordo entre os atores internacionais para junto do Governo de Guiné-Bissau impulsionar reformas e desenvolver políticas de saúde.

Os três principais implementadores do PIMI II: IMVF (Instituto Marquês de Valle Flôr), EMI (Entraide Médicale Internationale) e UNICEF fortaleceram um grande número de serviços de saúde, incluindo: aumento da demanda e qualidade dos serviços públicos de saúde, treinamento e profissionalismo da equipe de saúde, tanto clínica quanto em termos de gerência. O equipamento e o fortalecimento das ASCs (Agente de Saúde Comunitária) construíram uma excelente plataforma para esse grupo essencial continuar ajudando a conectar as pessoas às informações e serviços de saúde necessários. Tudo isso foi alcançado em um ambiente político, econômico e social muito desafiador. Especificamente, alguns desses resultados estão descritos abaixo:

Resultados positivos do PIMI II até o momento inclu:
A expansão do PIMI I de quatro regiões para o nível nacional de 11 regiões do PIMI II foi alcançada. Tais expansões são raras dentro de programas de desenvolvimento e consideradas boas práticas.
Melhorias significativas nos níveis de estoque de drogas foram alcançadas com 57 medicamentos e 64 suprimentos médicos básicos agora distribuídos regularmente e disponíveis em 132 unidades de saúde.
Um treinamento clínico considerável foi realizado com os Serviços de Urgência Neonatal (CONUB / CONUC), Hematologia, Transfusão de Sangue e Biossegurança, Tuberculose Infantil e outros treinamentos específicos, por exemplo, 80 técnicos de saúde beneficiaram de formação em CONU, 8 Médicos em Cesarianas, 12 técnicos de Saúde beneficiários de formação em prática de Anestesia
Mais de 4000 ASC foram recrutados, orientados, treinados continuamente reciclado e supervisionado (83%) e informou sobre em todas as 11 regiões do país. Mais de 125.000 famílias visitaram.
ASCs alcance resultou em um aumento no tratamento simples de pneumonia, Malária e diarreia. O UNICEF fez advocacia junto ao MINSAP para a institucionalização dos ASCs.
Gestão e Capacitação Administração: 11 ateliers regionais sobre a gestão hospitalar organizados com a capacitação de 242 técnicos, DRS, administradores, tesoureiros, planos de ação para todos os hospitais elaborou 11 Diretores Regionais através de reuniões de revisão e oficinas técnicas. 10% das reuniões Regionais Mensais de Coordenação realizadas
Gratuidade dos Atos Médicos e Exames Essenciais para uma População Alvo continuamente reembolsados
Aplicação do pacote mínima (MP) e Pacote complementar (CP) em Saúde materna e infantil;
Estabelecimento e execução de prêmios baseados na assiduidade e desempenho dos profissionais de saúde;
Aumento significativo de dados de saúde para análise e, finalmente, tomada de decisão.
Análise, revisão, harmonização, disseminação através de workshop de Norma Nacional e Protocolos para o MCH.
Capacitação clínica: treinamento no trabalho e notável melhora (% 80) do partograma, folha de vigilância pré-natal e folha de evacuação. Bom trabalho nos controles de qualidade. Materiais

impressos, de treinamento de trabalho e de “coaching”, listas de verificação, plano de estudos e manual. Vários artigos de periódicos científicos revisados por pares publicados.
Implementação de uma rede livre baseada em intervenção de alto impacto. Colaboração com o Gabinete de Utente e campanha de gratuidade de multimídia.
Banco de sangue e doação nacional fortalecidos pela conscientização, 366 doadores inscritos e 219 bolsas de sangue no âmbito de uma Campanha Nacional de Doação de Sangue realizada em janeiro de 2019.
Infraestrutura e equipamentos, 16 ambulâncias reparadas. E estruturas de saúde dotadas de bancos de sangue e repertórios.
Implementação da Iniciativa para Melhorar a Qualidade da Saúde Materna e Infantil em Centros de Saúde e Hospitais Regionais
Auditoria financeira das estruturas sanitárias de Farim e SAB. Elaboração dos Planos Anuais orçamentais 2020. Premiação dos 2 Melhores Gestores do Ano 2019. Apoio para a uniformização de normas e procedimentos clínicos (AIDI) e administrativos e financeiros.
Alto reconhecimento da marca - quase todos com quem conversamos em Bissau e no campo estavam familiarizados com o PIMI e os objetivos.
A programação geral do PIMI garantiu que a saúde materno-infantil permanecesse uma prioridade e recebesse muito mais atenção e recursos do que seria possível sem ela.
Bastante Advocacia: por exemplo: para a resolução de SIS ao nível regional, advocacia no MINSAP para afetação de RH às DRS para gestão de dados do nível comunitário e advocacia junto do DGPPS e MINSAP para afetação do pessoal em falta nas equipas regionais.
11 ateliers regionais de formação organizados no 1º trimestre 2019, 242 pessoas formadas (DRS,gestores/administradores,tesoureiros/exatores, gestores de evacuação sanitária)
Formação do pessoal dos CS de Caboxanque, Bedanda, Binar, Safim, Bijimita e Ondame na gestão das evacuações.
Elaboração de planos de ação em todos os Hospitais Regionais e Nova matriz de contabilidade introduzida nos Hospitais Regionais
Implementação de um novo sistema de controlo das receitas através dos livros de registo, os quadros dos exatores e os recibos das consultas
Implementação de novos procedimentos de compra de medicamentos no HNSM com a DGHNSM (compra mensal em vez de ser semanal).

As principais finalidades desta avaliação são:

- Melhorar as políticas, programas e projetos de ajuda futuros, através da incorporação das lições aprendidas;
- Promover o diálogo e melhora a cooperação entre os participantes no processo de desenvolvimento através da partilha mútua de experiências a todos os níveis.

2. Introdução e Contexto

Guiné-Bissau tem sido incapaz de se livrar de um ciclo vicioso de instabilidade política, pobreza extrema e resultados chocantes do desenvolvimento humano. Sua fraca governança enfraqueceu o Estado de Direito e as políticas e procedimentos nacionais. Os ministérios operacionais carecem das funções mais básicas de um sistema de gestão financeira pública (GFP) responsável. Os constrangimentos do setor de saúde, em particular, são alarmantes. O sistema de saúde do país enfrenta constrangimentos persistentes relacionados à baixa despesa pública, infraestrutura precária, oferta inadequada de profissionais de saúde, sistemas inadequados de formação clínica e de gerência, sistema de encaminhamento com problemas, sistemas de informação de saúde não operacionais, governança deficiente e capacidade e sistemas de gestão inadequados (tais como orçamentação, gestão financeira pública e gestão de recursos humanos). O gasto público responde por cerca de 20% do gasto total de saúde e é usado principalmente para pagar os salários dos funcionários, enquanto os doadores financiam quase 90% dos custos recorrentes do setor, incluindo medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde (BM 2018).

Em termos de Saúde, a Guiné-Bissau tem uma das maiores taxas de mortalidade materna do mundo. De acordo com o último 'Multi-indicator Cluster Survey' (MICS) a taxa de mortalidade materna (MMR) é estimada em 900 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, o que é maior do que a média entre os países da África Ocidental (579), entre outros países de baixa renda (542) e na África Subsariana (494). O país não alcançou o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde materna (229) e é improvável que atinja a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 ao longo da tendência atual. A taxa de mortalidade neonatal (RMN), 35,8 por 1.000 nascidos vivos, é superior à média da África Ocidental e está fortemente associada ao espaçamento entre os nascimentos e à ordem de nascimento, indicando falta de acesso aos serviços de saúde reprodutiva (BM 2019).

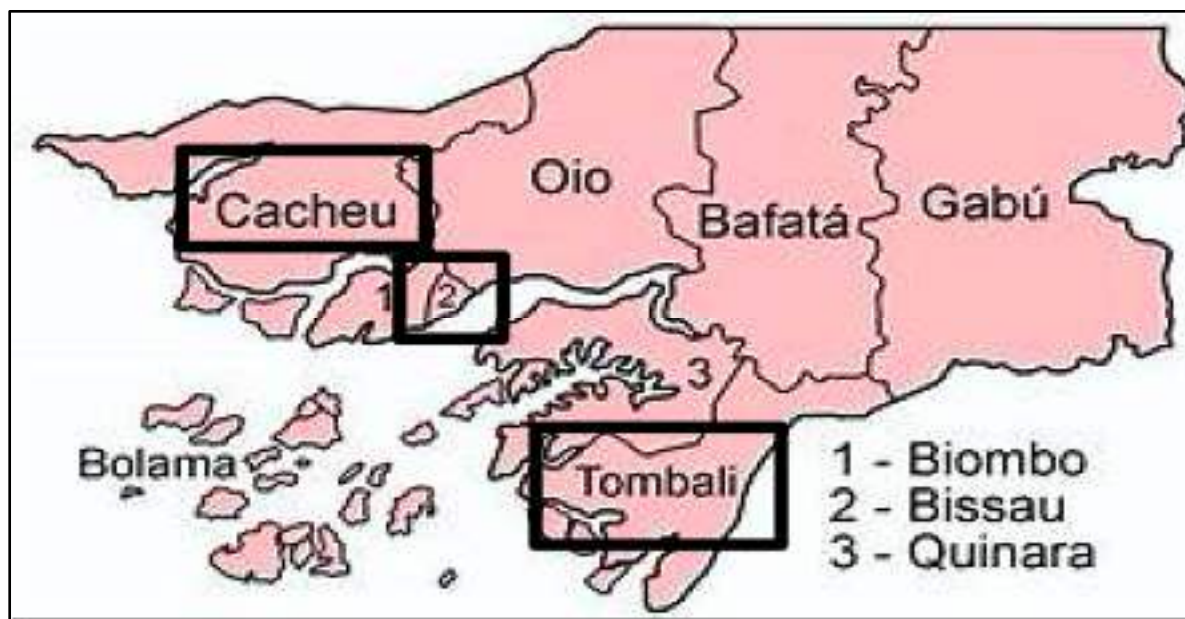
A 'Política Nacional de Saúde Comunitária' (PNSC) 2009 é referência para as atividades e ações da Saúde Comunitária face aos principais constrangimentos de saúde da população da Guiné-Bissau. A PNSC 2009 foi elaborada com base nos princípios de consolidação dos cuidados de saúde primários, melhoria do acesso aos serviços de saúde, distribuição equitativa de recursos, atendimento dos serviços, qualidade da prestação, descentralização do sistema de saúde e uma melhor colaboração Intersectorial.

Uma das prioridades do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2016 (PNDS II) foi o apoio dos Agentes de Saúde Comunitários (ASCs). Os ASCs formam, assim, um vínculo importante entre o sistema de saúde e as comunidades. Em 2010, o Ministério da Saúde da Guiné-Bissau selecionou 16 Práticas Familiares Essenciais, Novas Forças de Impacto para Suportar a Mortalidade Materna, Neonatal e Infantojuvenil na Guiné-Bissau. O PIMI II apoia essas intervenções.

3. Resultados por critério e por questão de avaliação

As questões de avaliação foram organizadas seguindo os critérios DAC, como solicitado nos Termos de Referência desta avaliação (ver Anexo). As Questões de Avaliação foram organizadas por critério DAC, segundo a matriz de avaliação elaborada para o Inception Report, atualizada (Anexo 8) e aprovada antes das visitas de campo.

O propósito desta secção é de expor os resultados da análise documental (Anexo 7 e 9), das entrevistas com os informantes chave (Anexo 6) e das visitas às áreas de implementação de: Biombo, Bissau e Quinara, ilustrado abaixo:



A descrição da metodologia para a implementação da avaliação tinha sido desenvolvida primeiramente no Relatório de arranque e se encontra atualizada no Anexo 3. As respostas às Questões de Avaliação vêm a seguir nesta seção; as respostas foram articuladas em base aos *critères de jugement* ou hipóteses assim como aos indicadores de cada um deles.

3.1. A Relevância e Coerência da Estratégia

Os conceitos da 'relevância' e a 'coerência' são definidas pela OCDE¹ como até que ponto a atividade se ajusta às prioridades e políticas do grupo alvo, do receptor e do doador.

A efeitos desta avaliação, o critério de relevância está articulado em duas questões:

3.1.1 As intervenções são consistentes com as políticas e prioridades identificadas pelo país parceiro, o grupo alvo, os beneficiários e os doadores?

Hipóteses: Existe um alinhamento estratégico e de implementação entre o PIMI II e as outras intervenções/ epidemiologia de saúde. As intervenções são elaboradas de forma consistente com as políticas e prioridades?

Indicador 1: O número de partes interessadas relevantes que consideram que os objetivos do PIMI II são consistentes com as políticas e prioridades identificadas pelo país parceiro?

¹ <http://www.oecd.org/dac/evaluation/dacriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

O consenso é que as intervenções de PIMI II são muito consistentes com as políticas e prioridades identificadas, dados os baixos indicadores de saúde relativos a outros países (mortalidade materna e infantil, facilidades de nascimento, etc.), assim como a epidemiologia do SMH. Em particular, a expansão do sucesso de PIMI I de quatro regiões para uma ampliação nacional foi muito relevante e altamente elogiada, dado que projetos globais são tão raramente ampliados. Em relação às prioridades identificadas pelo país parceiro, o MINSAP, de acordo com os planos estratégicos nacionais para a saúde, inclui o MCH como prioridades.

Indicador 2: Número de evidências que são consistentes com atividades e saídas?

Em relação ao grupo-alvo, dado que o ônus da doença atualmente está caindo desproporcionalmente sobre as mulheres e crianças em Guiné-Bissau, é altamente relevante concentrar-se neste grupo alvo. No entanto, em termos do foco das intervenções, há algumas questões levantadas como; se seria sensato aumentar o número de atividades de planejamento familiar? Deve-se considerar o fornecimento coordenado de mais PF, sob a liderança do FUNAC. Embora o FUNAC e outros estejam apoiando a PF, os indicadores nacionais, por exemplo a taxa de prevalência de contracepção é estimada apenas entre 15 e 18% (BM 2017, SIDA 2018) mostra que mais apoio é urgentemente necessário.

A necessidade de mais PF foi destacada nos TdR do PIMI II especificamente como um "*domaine d'appui prioritaire*" (p.3 TdR) e o PF é amplamente reconhecido como um dos "quatro pilares" da Iniciativa da Maternidade Segura para reduzir MMR e o Planejamento Familiar e o RCP tem permanecido em um nível nacional inquietante. Um compromisso com soluções complexas, de alto custo e longo prazo para o problema da mortalidade materna em Guiné-Bissau não deve nos desviar de abordagens imediatas, de baixo custo e de baixa tecnologia e uma dessas soluções é simplesmente 'reduzir a fertilidade', aumentando intervenções PF Recordando que em Prata *et alt.* (2010), uma análise de custo-benefício de diferentes aspetos dos cuidados materno, em destaque a combinação de duas intervenções de saúde reprodutiva que afetam fortemente as taxas de fertilidade: o planejamento familiar. Essa descoberta é firmemente apoiada, por exemplo, por pesquisas de Stover e Ross (2012), que concluíram que:

"O declínio da fertilidade, vai reduzir substancialmente as mortes maternas". (Stover e Ross (2012))

Isso não quer dizer que outras intervenções do PIMI II não reduzirão a mortalidade materna ao abordar diretamente as causas da mortalidade, como sangramento grave, infecção, consequências de complicações do aborto, distúrbios hipertensivos, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e trabalho de parto obstruído. Claramente, há uma necessidade de continuar a melhorar a cobertura e a qualidade de todos os serviços de maternidade seguros, já que uma única intervenção não será suficiente entretanto:

"Uma mulher não pode morrer de uma gravidez, se não estiver grávida"
(Dimond & Potts 2011).

Recomendação: deve-se considerar mais o fornecimento coordenado de mais PF, sob a liderança do FUNAC.

Melhor nutrição e saúde materna antes e durante a gravidez é essencial para reduzir o baixo peso ao nascer e o atraso no crescimento mais tarde na vida, e também para aumentar a sobrevivência materna. Por meio de suas atividades de formação e supervisão, o PIMI II aborda a nutrição com ações específicas, por exemplo assegurando que os aspetos nutricionais sejam abordados durante as consultas a menores de 5 anos (monitoramento do crescimento; educação nutricional) e mulheres grávidas (monitoramento do estado nutricional; fornecimento de sulfato de ferro no pacote de cuidados de saúde gratuitos para mulheres e crianças). Além disso, a nutrição recebe atenção nas atividades de saúde da comunidade, por ex. formação dos agentes

comunitários de saúde no encaminhamento de crianças desnutridas, dando educação nutricional a nível comunitário e com foco no aleitamento materno exclusivo. (É reconhecido que uma pesquisa usou a metodologia de Monitoramento e Avaliação Padronizada de Alívio e Transições (SMART) será iniciada em Guiné-Bissau em breve para impulsionar as atividades nutricionais).

Em relação à relevância percebida do PIMI II para os beneficiários, aqui a relevância é mais difícil de avaliar, existe alguma pesquisa de satisfação realizada pelos implementadores, que é útil, mas mais evidências sobre o “feedback” e os resultados do usuário seria vantajoso neste caso. Alguns dados úteis estão disponíveis no CAP de saúde (INASA, UNICEF 2017), na pesquisa Percepções de Qualidade em Saúde 2018 do BM e nas pesquisas mensais de qualidade do usuário realizadas pela EMI. A realização de inquéritos de satisfação dos utentes é uma boa maneira de monitorar a consecução de resultados das atividades. A EMI conduz de maneira mensal estes inquéritos que alimentam também um dos indicadores do quadro de performance de PIMI II. No entanto, a avaliação (incluindo dados qualitativos) dos pontos de vista dos beneficiários ajudaria a determinar as necessidades e a elucidar os determinantes sociais do atual MCH em Guiné-Bissau. Incluindo tópicos tabu como alta taxa de Mutilação Genital Feminina e a prática de abortos inseguros. Atualmente, tem havido pouca análise de dados para caracterizar os usuários e não usuários dos serviços de saúde e avaliar o impacto potencial da utilização de serviços de saúde versus não utilização de serviços de saúde sobre mortalidade.

Recomendação: Em relação à relevância percebida do PIMI II para os beneficiários, mais evidências sobre o “feedback” e os resultados do usuário seria vantajoso neste caso. talvez uma expansão do bom trabalho realizado pela EMI nesta área.

Indicador 3: *Número de reuniões de doadores que falam sobre o PIMI II e sua relevância estratégica, Proporção de participantes-chave que confirmaram alinhamento e consistência*

Em relação aos doadores, o PIMI II é considerado muito relevante, alinha-se com as políticas de outros doadores e preenche as lacunas do FG (foco em VIH, TB, Malária) e GAVI (foco na imunização). Ademais, as novas abordagens BM (Banco Mundial) são complementares aos objetivos do PIMI II de melhoria da saúde materna, ao mesmo tempo em que consolidam os ganhos alcançados através dos trabalhadores comunitários de saúde, como pode ser visto no diagrama abaixo:

Banco Mundial – MINSAP PADIDAS MININUS ku MORANÇA	Uniao Europeia – Parceiros PIMI II
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde Comunitária - <i>Incentivos, Supervisao & Monitoramento</i> 2. Incentivos 3. Força de trabalho - <i>Treinamento em serviço e pré-serviço</i> 4. Governança - <i>PFM, HRM</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde Comunitária - <i>UNICEF, NGOs - Supervisao & Monitoramento</i> 2. Gratuidade - <i>Premios Clinicos (IMVF)</i> - <i>Gratuidade & Premios de Gestao (EMI)</i> 3. Treinamento (IMVF, IC) 4. Governança (IC) 

E as abordagens de PROBG e OMS também são complementares aos objetivos do PIMI II. Assim, o PIMI II ainda é considerado extremamente relevante pelas partes interessadas, incluindo algumas intervenções como PF e espaçamento de nascimento, em estreita colaboração com a equipe do UNFPA, que permaneceria a líder nesses esforços necessitarem de maior enfoque. Alguns entrevistados ofereceram uma excelente **recomendação**:

“Um fórum de concertação entre os parceiros chave da SMI no país, liderado pelo MINSAP, para o desenvolvimento de uma estratégia integrada”.

3.1.2 Existe integração entre os diferentes componentes do programa? Como a integração pode ser fortalecida?

Hipóteses: *A avaliação da integração entre os diferentes componentes do programa. As medidas introduzidas para fortalecer essa integração.*

Indicador 1: *o número de entrevistados que concordam que existe integração entre o PIMI II*

Em relação à integração dos diferentes componentes do PIMI II, algumas partes interessadas mencionaram que todos os componentes não estavam ainda bem integradas.

A falta de união destacada por essas partes interessadas envolve:

- Alguma comunicação fragmentada entre os implementadores
- Deficiente compartilhamento do conhecimento em geral
- A ainda pouca análise conjunta dos dados recolhidos e
- A falta de uma estratégia bem colaborativa entre os vários doadores.

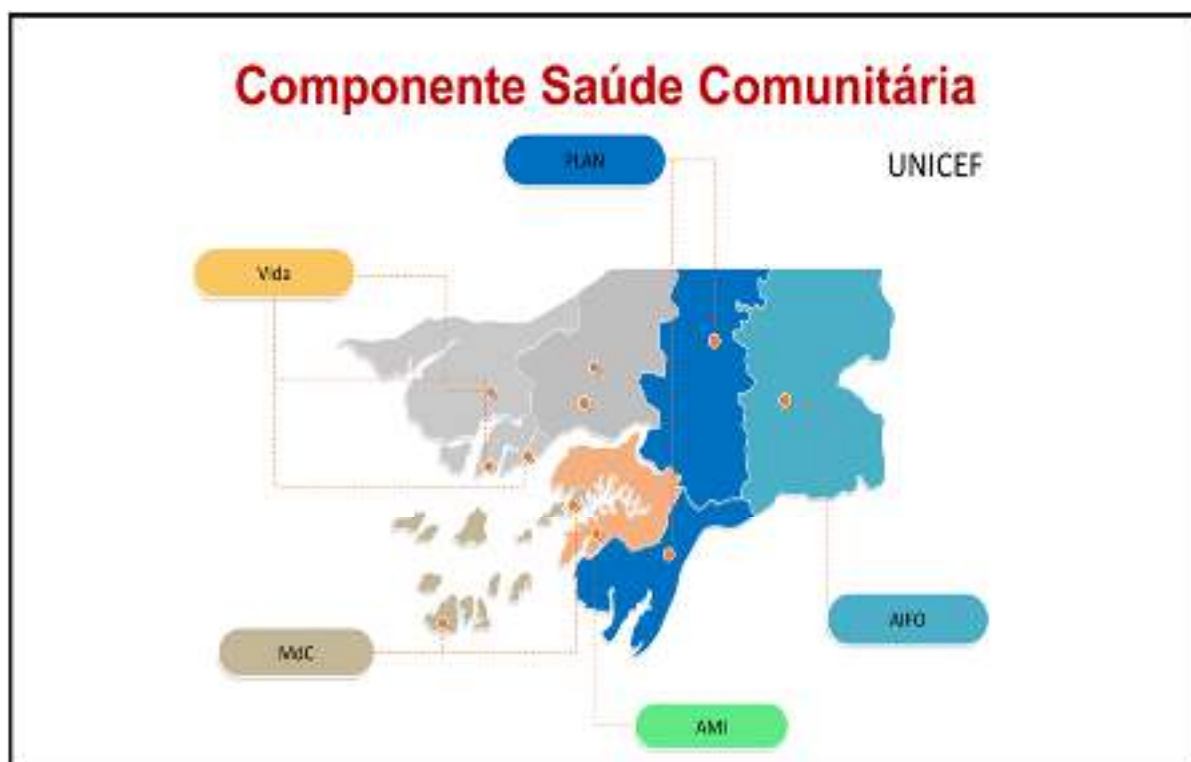
Havia também uma complexidade na elaboração de programa (e.g. implementadores com diferentes pontos de financiamento inicial e final) no início que leva à uma fragmentação de

esforços. Essa concepção inicial deficiente é talvez exacerbada pela falta de um coordenador de programa residente e pelo fato de que a assistência técnica, embora muito apreciada e profissional, é apenas intermitente com termos de referência ainda um pouco vagos. Mas, o recente papel da delegação da DUE na coordenação de programas (por exemplo, missões mensais de coordenação; visitas conjuntas de campo) melhoraram bastante a integração.

Recomendação: A continuação e fortalecimento de missões mensais de coordenação e mais visitas conjuntas de campo dos implementadores de PIMI II.

Indicador 2: O número de medidas e as políticas a serem introduzidas para fortalecer essa integração dos componentes de PIMI II.

A divisão da assistência fornecida pelas cinco ONGs diferentes (AIFO, AMI, MdC, Plan & Vida) com a Guiné-Bissau é por regiões é atualmente a seguinte:



Embora a separação do trabalho por regiões para os cinco implementadores de ONGs seja prática e proporcione às ONGs autonomia e divisões de trabalho mais claras, também pode levar a uma comunicação muito vertical. Além disso, levou a algumas inconsistências de abordagem, menos compartilhamento por financiamento ou influência entre implementadores, falta harmonizar mais abordagens para assegurar a consistência nacional (para os ASCs, por exemplo) e assegurar uma melhor colaboração.

Recomendação: Encontrar melhor maneiras de integrar o trabalho das cinco ONGs implementadoras mais por exemplo, através de reuniões mais conjuntas e/ou de um site compartilhado para compartilhar informações e comunicação, financiamento conjunto etc.

Mas por outro lado, um entrevistado de UNICEF explicou que:

- “As reuniões trimestrais não são fórum para a elaboração de políticas, isso compete a outras instâncias. Nas reuniões trimestrais para além de seguimento dos indicadores, faz-se a Partilha de experiência, revisão, atualização e harmonização dos documentos e procedimentos”.

- “O UNICEF tem dado orientações as ONGs para no relatório trimestral repórter as boas práticas as lições apreendidas e estas são partilhadas nos no atelier trimestral portanto nao compreendo que tipo de orientação a equipa de avaliação faz referência. Além disso o UNICEF não foi solicitado nenhuma lição apreendida ou outro documento parecido.”
- “Penso que a saúde comunitária não é um projeto, trata-se de um programa do Ministério de Saúde ao qual o PIMI II enquanto projeto apoia, ao meu ver o único aspeto que esta for a do MINSAP e a gestão financeira, se considerarmos que as ONGs estão dentro das DRS dando assistência técnica a aspectos programáticos e na operacionalização. Penso que neste aspeto o nosso entendimento é diferente”.
- “Temos conseguido a institucionalização dos pontos focais de saúde comunitária no seio das ERS e recentemente a proposição de utilizar enfermeiros afetos as AS (Área Sanitária) como SOT(Supervisor Operacional de Terreno) (porque agora há maior disponibilidade de técnicos) constitui progressos significativos. A existência de módulos de formação dos ASCs, critérios da sua seleção, instrumentos de gestão, fluxograma de informação, metodologia de reunião com os ASCs, capacitação dos técnicos ligados ao programa, tudo isso criado com o PIMI I e melhorado com o PIMI II constitui modelo eficaz para a construção de saude comunitaria.”
- “Há aumento de procura de serviço de saúde por gratuidade..e muitas crianças transferidas pelos ASCs crianças tratadas pelos ASCs grávidas sensibilizadas ou encaminhadas para ES pelos ASCs, etc.”
(Entrevistado de UNICEF).

3.2. Eficácia

A eficácia é definida pela OCDE como ‘a medida pela que uma atividade de desenvolvimento consegue atingir seus objetivos’². Nesta avaliação, o critério de eficácia está articulado em três questões:

- 1 De que maneira as ações previstas permitem às mulheres e aos grupos alvo aceder facilmente aos serviços e medicamentos de qualidade e beneficiar de uma maneira mais eficaz?
- 2 O sistema de prémios tem favorecido um melhor desempenho nas US?
- 3 Como contribui PIMI II à construção de um modelo eficaz de saúde comunitária?

3.2.1 De que maneira as ações previstas permitem às mulheres e aos grupos alvo aceder facilmente aos serviços e medicamentos de qualidade e beneficiar de uma maneira mais eficaz?

Hipóteses 1: PIMI II contribuiu para evitar ‘stockouts’ de medicamentos essenciais e de qualidade nos hospitais e centros de saúde?

Indicador: Proporção de hospitais regionais e de centros de saúde sem ‘stockouts’ de medicamentos essenciais.

Este indicador está relacionado com o Resultado Esperado 1 (RE1): Medicamentos e Consumíveis Médicos disponíveis em permanência nos CS e HR. Assim, o programa PIMI II tem como atividade o fornecimento de 57 medicamentos e 64 consumíveis médicos em 132 unidades de saúde em todo o país.

² Idem 1

Inicialmente, a compra de medicamentos, atividade que corresponde ao acordo com o Instituto Marquês de Vale Flôr (IVMF), estava planejada ser feita em colaboração com a entidade nacional existente, para não afetar a sustentabilidade da iniciativa no futuro. Porém, devido às incapacidades da entidade nacional encarregada da compra e distribuição de medicamentos na Guiné-Bissau, a Central Nacional de Medicamentos (CECOME), que deram lugar a atrasos e preços não competitivos, foi decidido³, fora a própria IVMF, que faça a compra, importação e distribuição dos medicamentos e consumíveis. Para este fim, o IVMF desenvolveu um instrumento de quantificação e verificações de consumo nas US, com o que, traz correções na fase inicial, contribui muito a conseguir que:

Os stockouts dos medicamentos e produtos distribuídos pelo PIMI II foram marginais.

Este facto foi comprovado durante as visitas aos centros; porém, foram também reportados **problemas de quantificação de consumo** nas AS em Bafatá (DRS, Bambandinka – sulfato ferroso, paracetamol), Cacheu (HR, Cacheu – TDR sífilis, Pelundo). Esta situação é devida, aparentemente, a erros nas quantidades estimadas de consumo destes medicamentos: a distribuição de medicamentos é bimensal e a dos produtos médicos é cada quatro meses, e ainda não se tem quantificado corretamente o consumo destes medicamentos em algumas das Áreas Sanitárias (AS) e as quantidades distribuídas são insuficientes para o período.

Em diálogo com a IVMF, a organização conhece estes erros e está engajada a resolve-los prontamente, assim os consumíveis passarão a ser entregues cada dois meses e não cada quatro, além da criação dos stocks de segurança. Esta questão foi também debatida com a equipa da Assistência Técnica (AT) e os termos da discussão concordam com as discussões mantidas pela Equipa de Avaliação (EdA) com os técnicos de saúde e pessoal da IVMF no terreno. Outra das causas indicadas durante as visitas às US é as preferências de prescrição de alguns técnicos em detrimento de outros produtos que podem ser utilizados em alternativa ou a utilização de medicinas do PIMI com grupos não-alvo devido à não abrangência nacional da política de gratuidade no contexto de carências económicas profundas na Guiné-Bissau caso do paracetamol (onde houve uma falta nacional) e em xarope sobre comprimidos, que é administrado a crianças maiores de 5 anos, excluídas do grupo alvo do PIMI II.

A melhora do progresso dos resultados do indicador *% das US que tem uma rotura de estoque de um ou mais dos 5 medicamentos essenciais escolhidos para seguimento (“tracer drugs”)*, amostra elementos muito encorajadores: de 35.6% em março de 2019 passou a 17% em junho.

A malária é uma das principais causas de morte no país, com 108,000 casos por ano, e afeta principalmente às mulheres grávidas e as crianças de menos de 5 anos, a população alvo de PIMI II. As visitas da EdA nas US revelaram a ocorrência na maioria dos centros visitados de stock outs de antipalúdicos de primeira e segunda linha, assim como de Testes de Diagnóstico Rápido (RDT). A provisão destes insumos corresponde ao PNUD, recetor de uma subvenção do Fundo Mundial, e que trabalha em colaboração com a CECOME (Central de Compra de Medicamentos Essenciais) e o Programa Nacional de Paludismo (PNLP).

Recomendação: Institucionalizar mais a sistema de pronta alerta para evitar stockouts de antipalúdicos

Hipóteses 2: As mulheres e os grupos alvo de PIMI II acedem aos medicamentos e aos serviços
Indicador: Evidências de acesso sem constrangimento

Os resultados de junho 2019 da matriz de indicadores de PIMI II são bastante positivos e parecem confirmar o atingimento de acesso aos serviços:

³ Flash Report IVMF junho 2018

Indicadores PIMI II - Qualidade dos serviços SMI	Resultado a junho 2019
% de crianças < 5 anos com paludismo confirmado que são tratados com ACT de acordo com protocolos nacionais	100%
% de crianças < 5 anos com pneumonia, devidamente diagnosticada, classificada e tratada de acordo com o manual AIDI	89%
% de crianças < 5 anos com diarreia, devidamente diagnosticada, classificada e tratada de acordo com o manual AIDI	96%
% grávidas com ARO devidamente identificado e classificado na CPN1	93%

Os resultados referidos nos indicadores coincidem com os reportados nas US visitadas, na verificação dos livros de registo e as discussões com os técnicos de saúde e os utentes:

há uma maior frequência dos serviços de saúde por parte da população alvo, nomeadamente nas consultas para crianças menores de 5 anos.

Segundo os inquéritos de satisfação da EMI, o aumento nas consultas se produz **principalmente entre aquelas famílias que moram a uma distância inferior aos 5 km das US.**

Infelizmente, outros indicadores da matriz ainda não dão uma visão tão positiva dos resultados, caso do resultado de 58% de grávidas que realizaram 4 CPN. Embora mesmo essa seja uma melhoria promissora. Uma parte interessada explicou que:

“Neste caso é preciso ter em conta que as CPN dependem em grande medida da demanda por parte das mulheres grávidas, e aquela está relacionada com problemas de acesso (distância à US, percepções erradas sobre os custos hospitalários) e socioculturais, aos que o PIMI II deixou sem resposta. Enquanto aos partos com cesariana, o número limitado é devido, além das já mencionadas, a questões de mal funcionamento dos blocos operatórios: falta de equipamento e principalmente, falta de eletricidade na maioria das unidades sanitárias.”

3.2.2 O sistema de prémios tem favorecido um melhor desempenho do pessoal das US?

Hipóteses: *O desempenho do pessoal é seguido e medido, em função de um sistema de méritos transparente e sem discriminação por questões de género?*

Indicadores: *Salários e primas são pagas regularmente? Evidências de melhorias do desempenho? Proporção de enfermeiros e enfermeiras que são concedidos prémios?*

No PIMI II existem dois sistemas de pagamento de prémios ao pessoal das US: um deles é o sistema implementado com valores aferidos cada três meses às Estruturas Sanitárias na base dos resultados de uma série de indicadores de performance clínicos, para que logo sejam partilhados entre os enfermeiros, parteiras e médicos. O outro sistema de pagamento de prémios está a ser implementado pela EMI e são beneficiários os técnicos de laboratório e de farmácia, gestores de evacuação sanitária, motoristas de ambulância e assistentes sociais (e vários membros da equipa clínica do Hospital Simão Mendes), e é também pagamento trimestralmente com base a indicadores de performance mais de maneira individual. A EMI tem elaborado muito importantes avaliações e pagamento de prémios ao pessoal de gestão das estruturas sanitárias. O novo programa do BM também está usando prémios para incentivar os funcionários.

Embora os funcionários apreciem os incentivos, alguns comentários sugeriram áreas a serem consideradas. Por exemplo, as perspetivas de alguns técnicos e pessoal das AS sobre o

pagamento de prémios recolhidas durante as visitas da equipa de avaliação são resumidas a seguir:

- a) Os prémios amortecem a falha e a irregularidade no pagamento de salários do Estado
- b) “*A quantia dos prémios é pequena*” e só se beneficiam aquele pessoal que já está incorporado na função pública (a EdA encontrou técnicos afetados a AS em novembro 2018 que ainda não foram incorporados na função pública e até a data não tinham recebido seus salários).
- c) O sistema de gestão dos pagamentos faz que existe um atraso de às vezes até três meses por cada pagamento. Isto faz que a fins de junho uma boa parte das AS não tenham recebido ainda nenhum prémio em todo 2019. O pano de fundo disso é que o levantamento e processamento dos dados das monitorias trimestrais é demorado pelos difíceis acessos e pelo facto de a equipa Clínica apenas poder se deslocar às ES uma vez por mês.
- d) Os serventes, embora contribuem às tarefas clínicas dos técnicos e à melhora do desempenho da US, estão ainda excluídos do sistema de prémios.

Pelas razões indicadas acima, alguns dos técnicos inquiridos afirmam que:

A melhor ou pior performance não está motivada pelos prémios mas por considerações de “ética profissional”.

Assim mesmo, os técnicos consultados informaram à EdA dos seguintes desafios dos sistemas de incentivo de PIMI II:

- O facto dos alguns prémios ser calculados em base à performance da US e não aos indivíduos faz com que “*o esforço de alguns técnicos beneficie a outros menos laboriosos*”, e desta maneira não acontece o reforço de comportamento positivo inerente ao conceito de incentivo.
- Certos indicadores de performance estão baseados num incremento de demanda (número de consultas pré-natal - CPN⁴), que está afetada por fatores socioculturais, entre outros controle.
- Não há suficiente feedback ao profissional da saúde: alguns não entendem os resultados dos indicadores e gostavam de ter mais diálogo entre o técnico e o avaliador. Por exemplo, por que eles não atingiram o valor total do incentivo ou como poderiam fazer melhor.

Recomendação: Sempre que possível, dentro do contexto, mais feedback deve ser dado aos profissionais em relação ao seu desempenho em relação aos incentivos.

3.2.3. Como contribui PIMI II à construção de um modelo eficaz de saúde comunitária?

Hipóteses 1: *Existe um sistema de recolha de lições aprendidas com implicação do MINSAP?*

Indicador: *Evidência da participação do MINSAP nas visitas de monitoria e da sua implicação na elaboração de uma política de saúde comunitária?*

PIMI II está baseado no anterior Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II, e as lições aprendidas da implementação deste plano foram incorporadas no PNDS III que aborda a organização do modelo de saúde comunitária no seu Anexo 1; porém o PNDS III ainda não foi oficialmente aprovado pelo Ministério da Saúde (alegadamente por questões políticas e de implicações orçamentais), e por esta razão a Delegação da União Europeia (DUE) não utilizou este documento como base do PIMI II.

⁴ Segundo o indicado pela IVMF “*De forma a minimizar esta questão e a não prejudicar os técnicos de saúde, na lógica de cálculo do indicador referente às CPN, foi considerado o número de CPN⁴ realizadas sobre o número de CPN¹ realizadas e não apenas o número de CPN¹ ou de CPN Total. Deste modo, a evolução do número de CPN não fica dependente apenas da evolução da procura às estruturas sanitárias, mas poderá denotar também a qualidade crescente dos cuidados prestados nas ES que levam as grávidas a regressar a uma CPN² e/ou CPN³ e/ou CPN⁴, etc.*”

O MINSAP, a nível central, ainda não está muito envolvido no projeto; pelo outro lado, as Direções Regionais de Saúde (DRS) e as AS visitadas mostram um alto grau de envolvimento na componente de saúde comunitária através da participação em reuniões mensais e a supervisão dos Agentes de Saúde Comunitária (ASC).

A sistema de saúde ainda não está dotado de um sistema que permita a apropriação da componente de saúde comunitária pelo Ministério da Saúde Pública (MINSAP) além do nível da AS. Um dos elementos chave para esta apropriação seriam mais orientações aos parceiros de implementação para a passagem progressiva de responsabilidades sobre a gestão e seguimento das atividades de saúde comunitária nos níveis central e regional, para o que seria necessário a planificação num plano de trabalho. O envolvimento se produz só com o responsável da AS, mais ainda não com os níveis superiores. No entanto, o difícil contexto em que este trabalho está ocorrendo é muito reconhecido. Um entrevistado explicou que:

“A passagem progressiva de competências foi sempre orientado as ONGs parceiras, mas estes têm Queixado de constante indisponibilidade dos membros de equipa regional na região seja por movimentação dos técnicos ou por participar em outras atividades em Bissau”.

“O staff do programa de nível central a áreas sanitárias foram dotados de competências para gerir o programa. Pendente e a apropriação do componente financeiro alves porque o governo ainda não disponibiliza fundos para o programa.” (Entrevistado, Bissau).

Hipóteses 2: O modelo PIMI II de cuidados comunitários incrementa o acesso?

Indicador: Evidências de acesso sem constrangimento.

No geral, em todas as AS sanitárias visitadas pela EdA é louvado o sistema de saúde comunitária como catalisador do incremento de número de pacientes nos serviços pediátrico e materno. A relação entre o responsável de AS, o SOT dos ASC e os próprios ASC é notavelmente boa nas zonas visitadas e são sublinhados os efeitos muito positivos sobre a saúde da população das intervenções comunitárias. Da mesma maneira, os valores dos resultados dos indicadores em junho 2019 parecem confirmar uma visão muito encorajador:

Indicadores PIMI II - Saúde comunitária	Resultado a junho 2019
% das crianças de 6-59 meses seguidas com fita MUAC pelos ASC	75%
% crianças < 5 anos com diarreia simples, tratadas pelos ASC, com SRO e Zinco	98%
% crianças < 5 anos com pneumonia simples, tratadas pelos ASC, com Amoxicilina	98%
% crianças < 5 anos com paludismo simples, tratadas pelos ASC, com ACT	81%

Falta ainda um sistema forte de verificação da qualidade dos dados fornecidos pelos ASC. Esses dados são transcritos num relatório mensal e revistos em reuniões periódicas dos SOT e responsáveis das AS com os ASC. Um entrevistado de UNICEF explicou que:

“Este problema foi constatado e o UNICEF está a trabalhar com o serviço competente do MINSAP para contornar o obstáculo, criando um guião de auditoria de dados utilização de plataforma DHIS2 entre outros”.

“O capítulo de verificação dos dados está a ser trabalhado entre o UNICEF e o serviço de saúde Comunitária mas devo salientar que o SOT fazem a verificação de dados dos ASCs em dois momentos: visita de terreno e na reunião mensal”.

Este controlo de qualidade dos dados poderia ser feito mediante auditorias mais regulares. Uma das possíveis maneiras é a fazer com que os SOT realizem inquéritos trimestrais utilizando a técnica Lots Quality Assurance Sampling (LQAS) que permite verificar a veracidade de uns resultados sem necessitar recolher um grande número de amostras. Uma das dificuldades no uso do LQAS é a necessidade de seguir estritamente os resultados aleatórios da escolha de amostras, devido à remoto das zonas selecionadas e à tendência humana a poupamos esforços que achamos desnecessários. Isto pode ser facilmente solucionado com um seguimento a través de GPS, bem com o celular (Google Maps) em áreas com rede 4G, ou com um próprio aparelho GPS onde não tenha rede.

Além disso, a taxa de atrito dos ASCs parecia alta em algumas áreas. Um entrevistado de UNICEF explicou que:

“No toca a desistência dos ASCs às vezes está ligado com erros na aplicação de critério de seleção dos mesmos pelas Comunidade. De salientar que a política e a diretiva consideram os ASCs voluntários portanto a avaliação deve ir nesta perspectiva. O UNICEF faz a advocacia junto ao MINSAP para a institucionalização dos ASCs.”

3.3 Eficiência

A eficiência mede ‘os resultados em relação aos insumos’ e que a assistência utiliza os recursos menos gravosos possíveis para atingir os resultados desejados⁵

As questões de avaliação relacionadas com o critério de eficiência são as seguintes:

- 1 Em que medida as atividades propostas pelo programa contribuem à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços da saúde materna e infantil para os beneficiários do PIMI I e PIMI II, caso tenham sido consolidadas as práticas melhoradas?
- 2 Há aspetos que tenham sido negligenciados na alocação dos recursos? Tem intervenções que poderiam ser reforçadas ou incluídas?

3.3.1 Em que medida as atividades propostas pelo programa contribuem à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços da saúde materna e infantil para os beneficiários do PIMI I e PIMI II, caso tenham sido consolidadas as práticas melhoradas?

Hipóteses 1: *As atividades do quadro de intervenção do PIMI II respondem às necessidades identificadas?*

Indicador: *Proporção de respondentes que estimam que as necessidades identificadas correspondem com as atividades.*

Para avaliar este indicador nós analisamos o objetivo estratégico e os resultados esperados do quadro lógico do PIMI II:

O objetivo estratégico do PIMI II é assegurar um melhor acesso aos cuidados de saúde das mulheres grávidas e as crianças de <5 anos em todas as Regiões Sanitárias da Guiné-Bissau

Trata-se este de um objetivo estratégico focalizado sobre a melhora da prestação de serviços de saúde para evitar a perda de vidas. A articulação da consecução deste objetivo está feita mediante **cinco resultados esperados**, que analisamos a seguir em função do indicador mais acima.

⁵ Idem 1

R1: Os medicamentos e materiais médicos essenciais estão continuamente disponíveis

Dentro da ótica do Objetivo Estratégico do PIMI II e considerando os constrangimentos no sistema de fornecimento de medicamentos nacional da CECOME (Central de Compra de Medicamentos Essenciais), resulta compreensível que assegurar o cumprimento do R1 fosse uma prioridade e que for empreendido criativamente através da compra e distribuição por parte da IVMF.

Equipamentos e condições essenciais continuam sendo um constrangimentos neste contexto:

US	água corrente-maternidad	eletricidade	equipamento
HR	0/2	2/2 * 1 fraca ⁶	Têm ecógrafo; falta oxigénio, incubadora, RX
CdS	2/6	6/6 * 3 fraca	Balanza 3/6, ressuscitação 5/6, marquesa 2/6



Em discussões sobre estas necessidades não cobertas, entrevistados concordaram que **água e eletricidade são condições essenciais que devem estar reunidas para que qualquer maternidade possa dar serviços de qualidade mínima**. Por exemplo, esta fotografia mostra a única marquesa de parto disponível em Cds em Cacheu na altura da avaliação. Embora, em geral, o PIMI II em termos de infraestrutura e equipamentos já arranhou 16 ambulâncias e seguram estruturas de saúde dotadas de bancos de sangue e repertórios.

A IVMF confirmou que forneceu uma lista de equipamentos e infraestruturas necessárias ao Banco Mundial para que sejam tidos em conta nas suas intervenções.

Unica Marquesa de parto disponível em Cds em Cacheu

R2: Aumento da demanda de serviços de saúde com Intervenções de Alto Impacto?

⁶ Entendemos o nível de eletricidade como “fraco” quando a intensidade da corrente só permite a utilização simultânea de uma ou duas lâmpadas de baixo consumo, sem ser possível utilizar lâmpadas de mais intensidade ou outros equipamentos eletrônicos

A estratégia de PIMI II para atingir este Resultado 2 passa por assegurar a gratuidade das Intervenções de Alto Impacto (IAI) para a população; algo mediante a subvenção por meio da EMI do pago de certos atos médicos e do transporte para as US.

A revisão dos dados macroeconómicos parecem confirmar a pertinência desta estratégia em relação às necessidades: segundo dados do Banco Mundial⁷, os gastos em saúde representam o 15% dos pagamentos não alimentares das famílias; por outro lado, 15,000 famílias caem cada ano em situação de extrema pobreza por causa de gastos em saúde.

As informações proporcionadas nas entrevistas com os técnicos de saúde nas AS e nas DRS parecem confirmar que, junto com a labor dos ASC:

A gratuidade é um fator muito importante no incremento das consultas,

Porém, segundo os inquéritos feitos pela EMI⁸ ainda tem constrangimentos para que as utentes recebem informação sobre a gratuidade dos serviços: 93% na Região Sanitária (RS) de Biombo, 64% em Cacheu e 64% em Bafatá. Os cartazes sobre gratuidade nas US alegadamente ainda não contribuem de maneira eficaz a este fim, considerando a alta taxa⁹ (54.4%) de analfabetismo no país. Também se indica nos relatórios da EMI a frequência das cobranças ilícitas nas US: 45% dos utentes entrevistados na RS Bafatá confirmam ter pago por atos médicos supostamente gratuitos, 54% na RS Biombo e 34% em Cacheu¹⁰. A EdA foi informada destas práticas pelo pessoal da IVMF no HR Bafatá, onde os preçários “ilegítimos” vem a ser de 1,000 CFA para consultas e 4,000 CFA para exames de laboratório.

Recomendações: sobre a Gratuidade:

- Promover **mais reuniões de orientação sobre a política de gratuidade** entre os responsáveis das US e DRS com associações de mulheres (incluindo associações profissionais, de camponesas, etc.).
- Mediante o Ponto Focal para a saúde comunitária, **estabelecer mais contatos** entre as US e pessoas chave com influência dentro das comunidades da sua área (chefes de tabanka, líderes religiosos, etc.) para promover a gratuidade
- Reforçar **mais as mensagens sobre gratuidade** e disponibilidade de cuidados nas US por parte dos ASC e procurar o estabelecimento de conexões entre os ACS e os mencionados atores de saúde tradicionais.
- Os técnicos de saúde devem reforçar a comunicação aos utentes sobre a gratuidade. Por exemplo, nas estruturas, deve ser **obrigatório, ou enfatizado, entregar um recibo de pagamento** e indicar nos recibos de pagamento o que é pago do que é gratuito para facilitar o entendimento dos utentes.

Nos relatórios de EMI dá-se constância do facto que a reparação de ambulâncias não é uma estratégia que este a dar bons resultados: o número de ambulâncias ativas e reparadas é mesmo insuficiente e as AS não conseguem gerar os fundos suficientes para a manutenção, máxime considerando que muitas das ambulâncias observadas durante as visitas às AS eram viaturas com muitos anos de idade e não aptas para as vias de comunicação do país (não são 4x4, carecem da robustez necessário), sem contar que infelizmente o próprio estado das viaturas,

⁷ The World Bank, 2018: Project appraisal of the Strengthening of Maternal and Child Health Service Delivery

⁸ Regiões Sanitárias de Biombo (junho 18), Bafatá (novembro 18) e Cacheu (outubro 2018)

⁹ <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GNB>

¹⁰ EMI proporcionou informações complementares: “*sublinhar que a taxa de cobrança registrada nos inquéritos corresponde aos pagamentos realizados pela população alvo que tem dificuldades para identificar os atos pagos dos atos não pagos. As cobranças levantadas não são assim necessariamente todas ilícitas e não abrangem somente os atos médicos, mas também os exames e os medicamentos*”

com amortecedores estragados, impossibilita o uso para o traslado de pacientes delicados, como pode ser grávidas com sintomas de pré-eclâmpsia, sepse ou parto obstruído.

Recomendação: dada a necessidade interminável de arranjos de ambulâncias, podia-se considerar o uso de outras soluções inovadoras. Alguns países, como Timor-Leste, estabeleceram um sistema de vouchers para permitir que qualquer pessoa com um veículo que transporte pacientes de emergência seja reembolsada.

R3: As 16 “Práticas Familiares Essenciais”¹¹ estão a ser implementadas?

O PIMI II promove muitas dessas 16 práticas recomendadas, em particular:

- amamentar exclusivamente por cerca de seis meses (levando em consideração a política da OMS / UNICEF / ONUSIDA e recomendações sobre HIV e alimentação infantil).
- A partir dos seis meses de idade, alimente as crianças com alimentos complementares preparados na hora, ricos em energia e em nutrientes, e continue amamentando por até dois anos ou mais.
- Forneça às crianças quantidades adequadas de micronutrientes (vitamina A e ferro, em particular), na dieta ou através de suplementos.

PIMI II faça seguimento da implementação das PFE pelos ASC. Os ASCs são treinados e formados para liderar as mobilizações das comunidades para se aderir às 16 Práticas Familiares Essenciais porém, a totalidade dos entrevistados durante as visitas da EdA nas AS confirmaram um efeito positivo.

Como elemento adicional, a boa coordenação entre os ASC e as AS deu lugar a casos de vigilância epidemiológica comunitária que levou a DRS Cacheu a intervir num surto de sarampo numa zona remota.

R4: As estruturas sanitárias asseguram os cuidados clínicos individuais?

O Banco Mundial¹² resume as deficiências na formação educativa do pessoal clínico do país indicando que o sistema carece de suficientes formadores especializados nas áreas obstétrica e pediátrica, para supervisionar e fazer capacitação no local de trabalho¹³. **As atividades de formação e acompanhamento de PIMI II são muito bem acolhidas** pelo pessoal clínico beneficiário, expressado muitas das vezes com pedidos à EdA para que o número de técnicos e médicos que beneficiem destas atividades seja incrementado. Similarmente os materiais formativos são bem acolhidos (particularmente o manual “*Onde Não Há Médico*”.

Há técnicos recém-formados na escola de enfermagem que vêm de ser colocados nas US, pelo que é preciso continuar com as formações

DRS Biombo

Uma das dificuldades é a grande mobilidade do pessoal sanitário do MINSAP, que é recolocado de postos e áreas geográficas com frequência, pelo que em ocasiões os técnicos formados na especialidade pela IVMF acabam em postos não relacionados, com a consequente perda do investimento. Assim mesmo, em algumas das visitas, caso do HR Bafatá, foi comprovado que

¹¹ https://www.unicef.org/nutrition/23964_familypractices.html

¹² Idem 6

¹³ A EdA encontrou na região de Cacheu um professor da Escola de Enfermagem fazendo supervisões formativas dentro de um programa do FNUAP para formar no trabalho 20 técnicos no país.

devido à falta de pessoal sanitário, as médicas e enfermeiras formadoras da IVMF acabam por ter que fazer clínica.

Enquanto ao sistema de transfusões, a IVMF forneceu 5 hemotecas alimentadas por painéis e colaborou na Campanha Nacional de Doação de Sangue, onde chegaram a ser recolhidas 219 bolsas.

R5: *Melhora da coordenação e da gestão dos recursos das estruturas de saúde*

As atividades desenvolvidas pela EMI para melhorar a gestão dos recursos das AS estão a produzir resultados positivos,

como foi confirmado pelos próprios responsáveis das AS à EdA, que lhes permite pagar salários de maneira regular ao pessoal contratado (caso dos serventes) e realizar pequenas reabilitações na infraestrutura dos centros de saúde.

A formação oficial dos enfermeiros inclui gestão, mais ainda não é praticada nem supervisionada suficientemente por parte do MINSAP. As DRS alegou que não foram incluídos nas formações em gestão, o que seria benéfico não só pela necessidade existente de este tipo de formação, mais também pela oportunidade que representaria ter ao Administrador da DRS podendo acompanhar a execução dos planos de ação e de recursos das AS e poder fazer uma coordenação efetiva, que vai além dos encontros mensais apoiados pela UNICEF. *“A participação dos elementos da DRS nos ateliers regionais deve ser assegurado para que pode ser feito uma supervisão financeira das estruturas”*, segundo os resultados das entrevistas.

Hipóteses 2: Existe um sistema de supervisão da qualidade dos cuidados de saúde e aprendizagem (coaching) dos fornecedores de serviços?

Indicador: Proporção de respondentes que estimam que o sistema de coaching é efetivo.

As atividades de supervisão e de aprendizagem implementadas pelo IMVF estão a contribuir a um **incremento significativo dos resultados dos indicadores** de PIMI II:

**94% % dos partos institucionais com partograma corretamente preenchido;
72% do número total das IAI's nas US que são implementadas.**

Os técnicos entrevistados confirmam as visitas regulares e cooperante dos formadores da IVMF assim como a realização conjunta de uma análise de capacidades individuais, que da origem ao programa de formação.

Este pacote de atividades não é sempre implementado em coordenação com as DRS, que às vezes ficam excluídas das supervisões, segundo as informações proporcionadas pelo menos em Cacheu e Biombo. Mas um entrevistado explicou que:

“As funcionários do MINSAP exigem per diem para participar em atividades”. Mas o DRS entrevistados argumento dizendo que sim participaram em visitas curtas de supervisão sem pagamentos diários.

Hipóteses 3: As lições aprendidas do PIMI I foram incorporadas na estratégia e no desenho e planificação das atividades do PIMI II?

Indicadores: Proporção de lições de PIMI I incorporadas nos documentos de estratégia e planificação do PIMI II. Proporção de respondentes que estimam que as lições de PIMI 1 foram efetivamente tidas em conta pelo PIMI II,

Segundo foi reportado à EdA, o exercício de avaliação de PIMI I foi feito posteriormente ao desenho de PIMI II, o que pode explicar que **só duas das sete recomendações da avaliação**¹⁴ foram tidas em conta na estratégia de PIMI II, ficando sem ser incluídas as recomendações a seguir:

- Apoio material e capacitação das DRS
- Estudo qualitativo sobre parto institucional, qualidade de dados SIS
- Deslocação e estadia peri-natal das gestantes
- Formadores com formação em docência
- Coordenação efetiva do programa

Mas, em geral, grande parte do bom progresso iniciado no PIMI I foi continuado e fortalecido no PIMI II.

3.3.2 Há aspetos que tenham sido negligenciados na alocação dos recursos? Tem intervenções que poderiam ser reforçadas ou incluídas?

Hipóteses 1: O princípio de “Leave No One Behind” e um enfoque baseado nos direitos humanos foi tido em conta nas fases de identificação do PIMI II como na implementação

Indicadores: Evidências de análise inclusivo de beneficiários nos documentos estratégicos e nos relatórios. Proporção de respondentes que estimam que a identificação dos beneficiários do PIMI II teve em conta grupos de pessoas socioeconomicamente vulneráveis e/ou grupos de Populações Afetadas Chave

Hipóteses 2: Os fundos alocados às atividades do PIMI II permitem a consecução dos objetivos do programa/

Indicador: Evidências que a alocação de fundos do PIMI II corresponde com as necessidades identificadas e nas ações de outros doadores e do Governo.

Resulta evidente que os indicadores do quadro de performance da PIMI II mostram progressos significant, embora as necessidades básicas estreitamente relacionadas com a qualidade dos serviços aos beneficiários diretos não foram contempladas na estratégia do programa (ver ponto 3.3.1 deste relatório) tais como a falta de água e energia nas US, as dificuldades de acesso às US das populações distantes, ou os de meios de transporte para ambulâncias. Mas, aceita-se que o PIMI II não seja um programa de infraestrutura e que outros recursos sejam alocados ao fornecimento de equipamentos básicos e infraestrutura.



Poço onde obtém a água o CdS Pelundo

Um dos pontos considerados eficientes dentro da arquitetura do PIMI II é o uso do **sistema Mobile Money** para o pagamento dos incentivos aos ACS: facilita o seguimento dos pagamentos e evita os problemas derivados do uso de grandes quantidades de dinheiro em efetivo.

A **recolocação do pessoal formado** pela IVMF a outros postos (caso dos anestesistas), devido às falhas estruturais no sistema de recursos humanos do MINSAP, mais também devido à falta de implicação da estrutura central do Ministério no PIMI II mostra problemas de eficiência programática.

¹⁴ AEDES, 2016: Relatório final de avaliação PIMI I

3.4 Sustentabilidade

A sustentabilidade está relacionada com a medir se os benefícios de uma atividade têm possibilidades de continuar uma vez os fundos do doador tenham concluído. Os projetos devem ser sustentáveis financeira e ambientalmente¹⁵

Quais foram os principais fatores que influenciaram o sucesso ou o não cumprimento da sustentabilidade do programa?

3.4.1 Quais foram os principais fatores que influenciaram o sucesso ou não cumprimento da sustentabilidade do programa?

Hipóteses 1: *As atividades podem continuar depois do programa?*

Indicadores: *Número de profissionais capacitados em diversas áreas, % de mobilização de recursos internos, reuniões do comitê de pilotagem realizadas e número de treinamentos.*

A sustentabilidade do PIMI II, a “estratégia de saída” e a “transferência de tarefas” foram discutidas em profundidade pelas partes interessadas e existem muitos planos em andamento para aumentar a sustentabilidade, o que é boa prática. É claro que o desenho do programa, a falta de propriedade, a falta de liderança, a fragmentação, a falta de colaboração e a coordenação deficiente dos doadores enfraquecem o potencial de sustentabilidade do trabalho. No entanto, dado que os programas PROGB e BM vai complementar e consolidar os resultados do PIMI, a sustentabilidade nesse sentido é melhorada. As inúmeras formações de pessoal, sessões de capacitação, implementação de protocolos e normas nacionais, mecanismos de supervisão mensais, avaliações de pessoal e outras políticas e procedimentos estabelecidos no âmbito do PIMI II são boas práticas para a sustentabilidade a longo prazo.

Um comitê de pilotagem clara foi estabelecido para orientar o PIMI II e compartilhar sucessos e desafios, o que é uma boa prática. A fraqueza é que o MINSAP ainda não assumiu bem a propriedade do processo. Falta de propriedade governamental do PIMI II em geral, seu envolvimento estratégico e envolvimento contínuo são amplamente reconhecidos como um grande obstáculo para a sustentabilidade.

Historicamente, os princípios orientadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável baseiam-se na compreensão da apropriação nacional que está enraizada nos princípios da Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, que apela aos países parceiros para exercer uma liderança eficaz sobre as suas políticas e estratégias de desenvolvimento e coordenar as ações de desenvolvimento. Isso significa defender que a apropriação nacional funciona em diferentes níveis para que todas as instituições das partes interessadas da saúde, incluindo a sociedade civil, o setor privado e as comunidades locais, estejam engajadas nos esforços para possuir e sustentar iniciativas de desenvolvimento. No entanto, é reconhecido os grandes constrangimentos de obter o envolvimento e a liderança do governo e o contexto de poucos recursos do país.

Hipóteses 2: *Novos sistemas são compreendidos e usados sem supervisão de PIMI II*

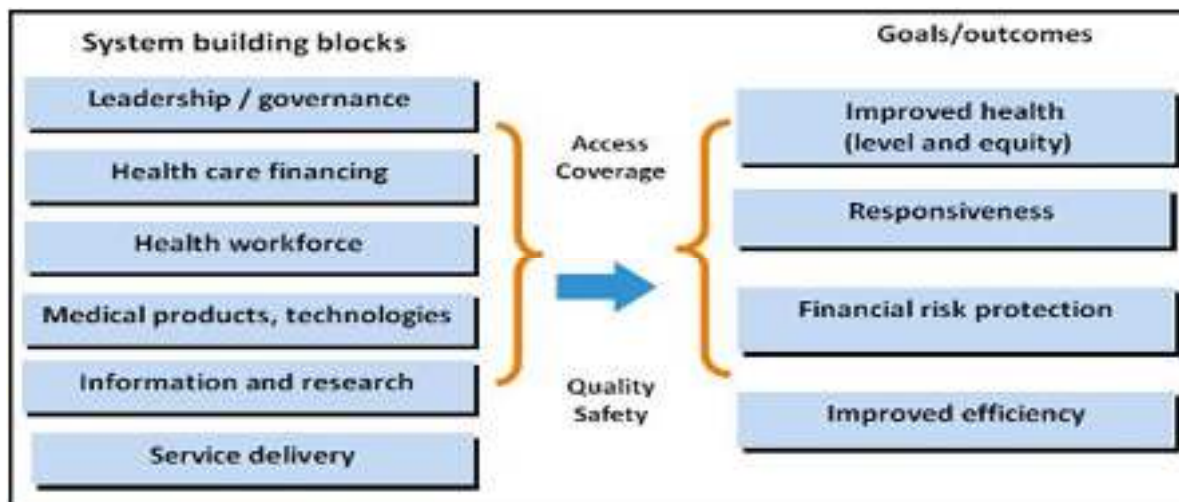
Indicadores: *Setor privado envolvido, apoio dos stakeholders e “ownership”, número de Sistemas e de processos em vigor.*

¹⁵ Idem 1

O setor de saúde privado ou independente, em grande parte desconhecido, está crescendo, talvez na ausência de um setor público em funcionamento, por exemplo, há agora cerca de 242 farmácias privadas e numerosas clínicas e dentistas particulares. Esses provedores são em grande parte não regulamentados e não está claro qual é a sua participação no mercado de saúde, nem seus dados são efetivamente capturados para informar as estratégias nacionais de saúde.

Além disso, a melhoria da infraestrutura, reparação de ambulâncias e equipamentos foi alcançada pelo PIMI II, embora talvez esses resultados não sejam sustentáveis a longo prazo, devido à falta de financiamento, plano de manutenção preventiva planejada e propriedade de tal inventário.

O que está faltando para ganhos sustentáveis de saúde e crescimento é uma abordagem mais forte para o fortalecimento do sistema de saúde (HSS) dentro do sistema nacional de saúde Guiné-Bissau. O quadro de ação da OMS para 2007 sobre os 6 pilares de um sistema robusto de saúde está centrado no conceito de que: um sistema de saúde funcionando bem e harmonioso é construído com profissionais de saúde treinados e motivados, infraestrutura bem fornecimento de medicamentos e tecnologias, respaldado por financiamento adequado, planos de saúde sólidos e políticas baseadas em evidências, conforme abaixo:



Vários desses blocos de construção em Guiné-Bissau foram fortalecidos sob doação programas de saúde financiados, mas as lacunas gritantes ainda estão em: liderança, governança, financiamento de saúde e informação e pesquisa. A menos que os doadores invistam mais em liderança e governança, a Guiné-Bissau nunca terá um sistema de saúde sustentável e nunca poderá promover uma melhor mobilização de recursos domésticos para os serviços públicos. Tanto o PROGB quanto os programas Maternal & Child Health do BM têm alguns componentes do HSS, embora alguns argumentem que não são suficientes e que o projeto do programa inicial do PROGB continha muito mais HSS e depois um treinamento clínico financiado desproporcionalmente às custas do HSS.

Envolver a comunidade muito mais ativamente é vital para que as melhorias de PIMI II ser continuadas e expandidas. Isso inclui envolver muito mais ativamente os CSAs e os agentes comunitários de saúde na revisão do progresso feito pelo trabalho ASC e na decisão sobre a melhor forma de institucionalizar e ampliar seu impacto.

3.5 Efeitos e Impactos.

Quais os resultados do programa PIMI II? Trata-se não só dos produtos diretos, mas, mais importante, dos efeitos e impactos resultantes da atividade nos indicadores de desenvolvimento social, económico, ambiental e outros.¹⁶

1 Os indicadores desenvolvidos refletem efetivamente os objetivos que o programa pretende alcançar?

2 Quais foram as mudanças produzidas pelo programa, direta ou indiretamente?

3.5.1 Os indicadores desenvolvidos refletem efetivamente os objetivos que o programa pretende alcançar?

Hipóteses: *As atividades têm um impacto sobre o acesso das famílias aos cuidados de saúde da mãe e da criança.*

Indicador: *Número de indicadores PIMI II alcançados / aumentados / diminuídos.*

Com relação aos indicadores do PIMI II, muito esforço, perícia e pensamento foram investidos para encontrar os melhores e mais práticos indicadores para o PIMI II quanto possível. Além disso, a equipe de AT demonstrou que 37 indicadores eram excessivos para o contexto do país, estudou a questão e realizou um workshop nacional muito útil para reduzir o número de indicadores de 37 para 19. Este é um exemplo de onde "**menos é mais**", um conjunto menor de indicadores SMART e significativos são muito mais claros e mais facilmente compreendidos. Além disso, um número menor de indicadores é menos desgastante para a equipe de saúde já sobrecarregada na coleta de dados. Esses indicadores condensados foram apresentados e aceitos oficialmente na segunda reunião do comitê nacional do grupo diretor do PIMI II em junho de 2019.

Indicadores: *Número de fontes de dados confiáveis e igualdade nos indicadores nas regiões (disparidades regionais).*

Esses indicadores só podem ter impacto se os dados para os medir forem precisos e oportunos. Todos os implementadores do PIMI possuem sistemas rigorosos de coleta de dados, o que é uma boa prática. Melhor ainda seria se os sistemas fossem mais integrados e alimentassem um sistema nacional de coleta de dados. Dado o contexto desafiador, isso pode não ser possível por algum tempo. A EMI tem feito útil Elaboração de novos módulos de formação (gestão farmacêutica, etc.) Auditoria mensal das estruturas sanitárias.

Em termos de estatísticas e epidemiologia nacional, muitos questionaram os denominadores atuais sendo usados, questionando as estimativas referentes a populações de regiões, taxas de incidência e prevalência, etc. Alguns dos dados sendo usados estão desatualizados e carecem de validade rigorosa. O UNICEF realizou uma pesquisa abrangente de grupos de indicadores mistos (MICS) em 2018, mas os resultado ainda não foram divulgados. MIC forneça dados de mortalidade e dados vitais de domicílios, imunização, amamentação e água e saneamento. Tais dados nacionais são urgentemente necessários para medir efetivamente intervenções de saúde em Guiné-Bissau.

¹⁶ Uma das perguntas do Critério Impacto na matriz do Inception Report era "As atividades de comunicação e conscientização contribuíram para aumentar a conscientização sobre os direitos à assistência médica gratuita dentro da população envolvida?". Após discussão em Bissau com a responsável da DUE desta avaliação, a EdA foi informada que uma outra avaliação recentemente tinha sido feita sobre o programa da DUE 'Direito à Saúde', sobre comunicação e promoção da saúde, pelo que não era necessário abordar esta questão

Outra fonte de dados útil, e talvez subutilizada, é o banco de dados do sistema de vigilância demográfica (HDSS) do Bandim Health Project (BHP). A BHP segue uma população de mais de 200.000 indivíduos em Guiné-Bissau urbanos e rurais, usando um sistema sentinela deliberadamente envolvendo apenas uma rede limitada de locais de notificação cuidadosamente selecionados. Isso fornece uma plataforma única para a realização de pesquisas em saúde e a medição dos impactos e resultados do PIMI II.

Em termos dos indicadores de saúde da comunidade para os ACS são particularmente desafiadores, pois são novos e todo o sistema de ACS ainda está em evolução. Os resultados da intervenção do ACS são muito promissores e muitos resultados (encaminhamentos, conscientização sobre a saúde e tratamento simples da saúde) são muito encorajadores. No entanto, os indicadores para a pneumonia, malária e diarreia poderia ser interpretado como um pouco “perverso”, como eles produziram uma taxa de sucesso global percentual com base em casos identificados, como no diagrama abaixo:

REGIÃO DE BIOMBO | FEVEREIRO 2019

OS ASC DA ÁREA SANITÁRIA DE ONDAME REALIZARAM:

% DE AGREGADOS FAMILIARES (AF) VISITADOS		% DE CASOS DE DIARREIA SIMPLES EM CRIANÇAS < 5 ANOS TRATADOS NA COMUNIDADE		% DE CASOS DE PALUDISMO SIMPLES EM CRIANÇAS < 5 ANOS TRATADOS NA COMUNIDADE		% DE CASOS DE PNEUMONIA SIMPLES EM CRIANÇAS < 5 ANOS TRATADOS NA COMUNIDADE		% DE RECÉM-NASCIDOS QUE RECEBERAM OS CUIDADOS NECESSÁRIOS		% DE CRIANÇAS DOS 6 AOS 59 MESES QUE SÃO SEGUIDAS COM FITA MUAC		% DE CRIANÇAS < 6 MESES QUE RECEBERAM ALIMENTAÇÃO EXCLUSIVA	
37%		100%		57%		90%		50%		100%		97%	
N.º de AF visitados	750	N.º de casos de diarreia simples tratados	10	N.º de casos de paludismo simples tratados	4	N.º de casos de pneumonia simples tratados	4	N.º de recém-nascidos que receberam os cuidados	2	N.º de crianças seguidas com fita MUAC	512	N.º de crianças < 6 meses que receberam alimentação exclusiva	50
N.º total de AF	2023	N.º de casos de diarreia simples identificados	30	N.º de casos de paludismo simples identificados	7	N.º de casos de pneumonia simples identificados	10	N.º total de recém-nascidos identificados	4	N.º total de crianças dos 6 aos 59 meses seguidas com MUAC	523	N.º de crianças < 6 meses visitados pelo ACS	52

Exemplo de indicadores de saúde comunitários para os Agentes de Saúde comunitário

Os denominadores dos indicadores de tratamento de diarreia, paludismo e pneumonia são os números de casos assistidos pelo ASC no período reportado quando, em princípio, deveria ser a população suscetível de ter a ocorrência de uma dessas doenças em função da prevalência das mesmas. Embora se entenda que, dentro do contexto, é difícil proteger dados confiáveis e, portanto, esses são apenas indicadores iniciais. Mas, usando esses incentivos se um ASC identificou apenas duas crianças com pneumonia simples e as trata com Amoxicilina, elas atingirão uma pontuação de 100%, onde, como se identificassem mais crianças doentes, correm o risco de diminuir sua pontuação percentual. Encontrar um indicador baseado em números aumentados ou incidência poderia incentivar melhor ASCs para encontrar e tratar tantas crianças doentes quanto possível.

UN entrevistou disse: “*Temos a consciência disto (perversidade dos indicadores) e a primeira vista parece ridículo o número de casos Vs a percentagem que representa mas, devemos olhar pelo significado, provavelmente seriam crianças candidatos a complicar ou até morrer se os*

ASCs não estivessem lá. Os indicadores em questão já foram discutidos várias vezes e o consenso alcançado foi o que viram.”

(É sabido que o UNICEF planeja realizar um estudo sobre a incidência de diarreia e pneumonia em 2019).

Continuando com o tema de se os indicadores desenvolvidos refletem efetivamente os objetivos que o programa pretende alcançar? O contexto da Guiné-Bissau é caracterizado por estradas precárias, transporte inadequado para evacuações de saúde, moradores geograficamente remotos e enchentes severas durante a temporada de chuvas que cortam as comunidades. Todos estes constituem grandes barreiras para a busca de um parto facilitado. A combinação desses obstáculos são os custos ocultos de frequentar uma instalação: alimentos, transporte, suprimentos médicos, perda de renda do trabalho, etc., e a percepção da baixa qualidade do atendimento nas instalações e a preocupação de que muitos profissionais de saúde ficaram desmoralizados devido às más condições. Finalmente, existem inegáveis impedimentos sociais, culturais e religiosos que as mulheres enfrentam na Guiné-Bissau. Exemplos de barreiras culturais (esp. no Nordeste) são que as mulheres devem estar em casa e não serem vistas por outros homens ou que as mulheres devem ser as principais cuidadoras de crianças e fazer todo o trabalho doméstico. Dado que existem fortes obstáculos, para uma mulher grávida chegar a um estabelecimento de saúde, não é fácil.

O persistentemente baixo número de nascimentos nas instalações de saúde, as estimativas variam entre 34-48% (PIMI II, BM, Bandim 2019) significa que a maioria dos nascimentos ainda estão em casa (fora da área de Bissau). Além disso, o conceito das Casas de Mães não gerou a demanda esperada, porque não estão otimizadas, uma entrevistada explicou que: *“..não existe serviço de alimentação gratuito. Pensamos que mais provisório e imediato seria assegurar alimentação na casa das mães e promover o transporte até ao HR e perceber se mesmo assim não funciona”*.

Na grande maioria dos casos na comunidade quem assiste partos ainda são matronas; No entanto, também entrevistamos enfermeiras que assistiram partos na comunidade da Guiné-Bissau (por exemplo, enfermeira-chefe em Quinhamel, Centro de Saúde, que usava a sua moto para alcançar alguns partos comunitários) e o Projeto Bandim tem evidências de tais partos também. Os partos assistidos por um profissional na comunidade ainda são raros na Guiné-Bissau, mas ocorrem e não são incluídos no PIMI II indicador de número de partos assistidos. Mais consideração podia ser dada ao uso de profissionais clínicos nos partos na comunidade, dadas que as dificuldades extremas que muitas mulheres enfrentam ao chegar a um estabelecimento de saúde.

As evidências globais e a OMS argumentam que o uso de médicos, enfermeiras ou parteiras que assistem ao parto **na comunidade** é também uma maneira recomendada de reduzir a mortalidade materna, especialmente onde existem comunidades remotas e estradas precárias (PE: 1999, declaração conjunta da OMS, UNFPA, UNICEF e Banco Mundial, solicitados a garantir que todas as mulheres e recém-nascidos tenham atendimento qualificado durante a gravidez, o parto da criança e imediatamente após o nascimento*). (Adegoke 2009). Essa estratégia é conhecida como "Skilled birth attendant" e consiste em dois componentes essenciais - pessoal de saúde qualificado e um ambiente propício.

Recomendação: A expansão da política nacional de nascimentos em instalações para incluir também nascimentos de enfermeiros na comunidade é, portanto, sugerida e apoiada pela literatura e evidências globais*

3.5.2: Quais foram as mudanças produzidas pelo programa, direta ou indiretamente? **Indicador 1: Quais são os resultados do programa?**

Dado que esta é apenas a avaliação a médio prazo, a medição do impacto não seria fiável, mas alguns os resultados e resultados até à data podem ser identificados. Medir o rácio de mortalidade materna no final do programa seria útil como medida geral de impacto e é útil para fins de advocacia, mas carece de informação específica sobre as causas continuadas de elevada mortalidade materna ou as intervenções necessárias para reduzir ainda mais as mortes maternas. No futuro o uso do SNIS/DHIS como sistema único de informação será ideal para todos.

Indicador 2: Quais diferenças mensuráveis nas atividades os beneficiários fizeram? Quantas pessoas foram afetadas? TMM, TMI, taxa de fertilidade, taxa de uso de contraceptivo?

Esperava-se que uma organização como o Projeto Bandim pudesse realizar de forma independente uma análise do impacto na mortalidade do pré-PIMI I e pós-PIMI II e também lançar luz sobre as enormes disparidades suspeitas em todas as 11 regiões do país. É importante ressaltar que o IMVF publicou sua revisão sistemática de 41 RTC demonstrando que suas intervenções no programa de treinamento PIMI podem ser muito eficazes para contribuir para a diminuição da Taxa de mortalidade materna e infantil¹⁷.

Indicador 3: Número de profissionais capacitados que utilizam sistema de monitoramento e avaliação, número de clínicas e com protocolos disseminados, número de clínicas renovadas (infraestrutura). Inventários de equipamentos de saúde? Quantidade de medicamentos distribuídos pelo programa?

PIMI II no geral, apesar da concepção do programa, sua complexidade, a fragmentação dos esforços, a falta de coordenador do programa e com a TA intermitente, muitos resultados positivos e resultados já foram alcançados, conforme listado abaixo:

Já existem muitos resultados positivos do PIMI II, incluindo alguns destacados abaixo:
A expansão do PIMI I de quatro regiões para o nível nacional de 11 regiões do PIMI II foi alcançada. Tais expansões são raras dentro de programas de desenvolvimento e consideradas boas práticas.
Melhorias significativas nos níveis de estoque de drogas foram alcançadas com 57 medicamentos e 64 suprimentos médicos básicos agora distribuídos regularmente e disponíveis em 132 unidades de saúde.
Um treinamento clínico considerável foi realizado com os Serviços de Urgência Neonatal (CONUB / CONUC), Hematologia, Transfusão de Sangue e Biossegurança, Tuberculose Infantil e outros treinamentos específicos, por exemplo, 80 técnicos de saúde beneficiaram de formação em CONUE (Central de Compra de Medicamentos Essenciais), 8 Médicos em Cesarianas, 12 técnicos de Saúde beneficiários de formação em prática de Anestesia
Mais de 4000 ASC foram recrutados, orientados, treinados continuamente reciclado e supervisionado (83%) e informou sobre em todas as 11 regiões do país. Mais de 125.000 famílias visitaram.
ASCs alcance resultou em um aumento no tratamento simples de pneumonia, Malária e diarreia. O UNICEF fez advocacia junto ao MINSAP para a institucionalização dos ASCs.

¹⁷ Reynolds et al., 2017: Construindo um Programa de Treinamento de Cuidados Maternos e Recém-Nascidos para Profissionais de Saúde na Guiné-Bissau

Gestão e Capacitação Administração: 11 ateliers regionais sobre a gestão hospitalar organizados com a capacitação de 242 técnicos, DRS, administradores, tesoureiros, planos de ação para todos os hospitais elaborou 11 Diretores Regionais através de reuniões de revisão e oficinas técnicas. 10% das reuniões Regionais Mensais de Coordenação realizadas
Gratuidade dos Atos Médicos e Exames Essenciais para uma População Alvo continuamente reembolsados
Aplicação do pacote mínima (MP) e Pacote complementar (CP) em Saúde materna e infantil;
Estabelecimento e execução de prêmios baseados na assiduidade e desempenho dos profissionais de saúde;
Aumento significativo de dados de saúde para análise e, finalmente, tomada de decisão.
Análise, revisão, harmonização, disseminação através de workshop de Norma Nacional e Protocolos para o MCH.
Capacitação clínica: treinamento no trabalho e notável melhora (% 80) do partograma, folha de vigilância pré-natal e folha de evacuação. Bom trabalho nos controles de qualidade. Materiais impressos, de treinamento de trabalho e de “coaching”, listas de verificação, plano de estudos e manual. Vários artigos de periódicos científicos revisados por pares publicados.
Implementação de uma rede livre baseada em intervenção de alto impacto. Colaboração com o Gabinete de Utente e campanha de gratuidade de multimídia.
Banco de sangue e doação nacional fortalecidos pela conscientização, 366 doadores inscritos e 219 bolsas de sangue no âmbito de uma Campanha Nacional de Doação de Sangue realizada em janeiro de 2019.
Infraestrutura e equipamentos, 16 ambulâncias reparadas. E estruturas de saúde dotadas de bancos de sangue e repertórios.
Implementação da Iniciativa para Melhorar a Qualidade da Saúde Materna e Infantil em Centros de Saúde e Hospitais Regionais
Auditoria financeira das estruturas sanitárias de Farim e SAB. Elaboração dos Planos Anuais orçamentais 2020. Premiação dos 2 Melhores Gestores do Ano 2019. Apoio para a uniformização de normas e procedimentos clínicos (AIDI) e administrativos e financeiros.
Alto reconhecimento da marca - quase todos com quem conversamos em Bissau e no campo estavam familiarizados com o PIMI e os objetivos.
A programação geral do PIMI garantiu que a saúde materno-infantil permanecesse uma prioridade e recebesse muito mais atenção e recursos do que seria possível sem ela.
Bastante Advocacia: por exemplo: para a resolução de SIS ao nível regional, advocacia no MINSAP para afetação de RH às DRS para gestão de dados do nível comunitário e advocacia junto do DGPPS e MINSAP para afetação do pessoal em falta nas equipas regionais.
Estabeleceu 37 indicadores nacionais para todas as entidades seguirem, reduzindo a coleta de dados excessiva.

Dada a lista substancial acima, os resultados já foram alcançados pelo PIMI II, apesar do ambiente desafiador e das falhas de design inerentes do programa. Como uma das partes interessadas disse:

“Este programa está realmente fazendo a diferença na vida das pessoas” (entrevistado 011)

3.6 Mais-valia da União Europeia

A questão de avaliação relacionada com o critério de mais-valia vem do princípio da subsidiariedade na União Europeia limita as competências legislativas e legislativas das autoridades da União a situações em que os objetivos políticos designados não podem ser mais efetivamente alcançados em níveis mais baixos (ou seja, nacionais, regionais ou locais) de governança. O valor acrescentado da UE (na medida em que a ação traga benefícios adicionais aos que resultariam da intervenção apenas dos Estados-Membros).

Todos os grandes doadores em saúde na Guiné-Bissau ressaltaram nas entrevistas com a EdA a importância do papel da EU pelo volume do investimento assim como os resultados que PIMI II está a obter. Similarmente, foi muito destacado a importância estratégica de concentrar o apoio na saúde reprodutiva e materna e infantil, máxime tendo em conta a alta taxa de mortalidade¹⁸ materna e neonatal¹⁹, ambas consideradas por acima da média da África Ocidental.

3.7 Coerência da estratégia da UE na GB com as do Banco Mundial, Fundo Mundial e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

1 De que maneira as medidas relativas às primas clínicas foram desenvolvidas em coordenação com outros parceiros de cooperação (p.e. Fundo Global, Banco Mundial)?

2 A identificação de PIMI II esta alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável?

Duas questões de avaliação foram elaboradas em relação com o critério de coerência.

3.7.1 De que maneira as medidas relativas às primas clínicas foram desenvolvidas em coordenação com outros parceiros de cooperação (p.e., Fundo Global e a GAVI, Banco Mundial)?

Hipóteses: *Existe um alinhamento estratégico e de implementação entre o PIMI II e as intervenções em saúde materna e infantil dos outros doadores, particularmente o Banco Mundial e o Fundo Global*

Indicadores: *Número de ligações nos documentos estratégicos, projetos e relatórios dos principais doadores em saúde às intervenções da EU*
Proporção de respondentes que confirma o alinhamento.

A coordenação do PIMI II e o Fundo Global e a GAVI é melhorável, segundo os atores entrevistados; estas duas entidades têm uma abordagem diferente no que diz respeito à colaboração com o nível central do MINSAP e a própria estrutura de coordenação interna dos programas, assim como diz respeito ao pagamento de prémios de desempenho. Neste sentido resulta destacável que a DUE não faz parte da Comissão de Coordenação Multisectorial (CCM) no país, apoiada pelo Fundo Global. Esta situação não facilita a contribuição da DUE na identificação de necessidades durante o processo de Diálogo Nacional nem na elaboração do pedido de financiamento do país ao Fundo.

A coordenação estratégica é muito mais estreita com a Cooperação Portuguesa com PROGB e Banco Mundial, que está a investir 25 milhões de dólares na continuação de vários dos

¹⁸ <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-GNB>

¹⁹ INE, UNICEF, 2014: Guiné-Bissau, Inquérito aos indicadores múltiplos

componentes do PIMI II, tal e como é reconhecido no próprio documento do projeto de saúde materna e infantil, incluído o pagamento de prémios.

3.7.2 A identificação de PIMI II está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável?

Hipóteses: A definição e metas dos ODS influenciou o desenho do PIMI II

Indicador: PIMI II contribui e reporta para a medição dos indicadores dos ODS.

A convenção de financiamento do PIMI II recolhe os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e 5:

- Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
- Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e raparigas

Porém, a arquitetura do PIMI II tem um bom mecanismo de reporte dos resultados dos indicadores; e também de um sistema para assegurar a coordenação com o OMS, e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, responsável da recolção de dados para os indicadores dos ODS.

4. Conclusões e recomendações

4.1 Lições aprendidas

Nesta secção vão-se detalhar as experiências relativas à implementação de PIMI II e que poderiam ser consideradas por outras iniciativas similares:

a) O investimento na melhora de capacidades financeiras e de gestão das AS tem retornos que capitalizam sobre a melhora da qualidade do atendimento. O incremento das receitas com valor de junho 2019 em relação à dezembro 2018 aumentou de 4%. Sem embargo, é preciso ter em conta outros elementos, como são os pagamentos de obras e serviços (reabilitações de infraestrutura, pago de salários, etc.) que as AS antes tinham dificuldade em fazer e que graças a PIMI II são possíveis agora. Esta capacitação em gestão deveria atingir também ao nível das Direções Regionais para maximizar a sustentabilidade do investimento assim como começar a criar nas estruturas de saúde um certo senso de responsabilidade e de prestação de contas sobre as receitas obtidas.

b) A realização de inquéritos de satisfação dos utentes é uma boa maneira de monitorar a consecução de resultados das atividades. A EMI conduz de maneira mensal estes inquéritos que alimentam também um dos indicadores do quadro de performance de PIMI II.

c) O investimento nos ACS, cuja função é identificar, informar, orientar, mobilizar, mudar os comportamentos e derrubar preconceitos e estigmas, sobre os perigos, riscos, o contágio, a prevenção e o tratamento destas doenças nas comunidades, deve ser continuado para manter os resultados.

4.2 Conclusões por questão de avaliação

4.2.1 A relevância e coerência da estratégia

1 Até que ponto as intervenções são consistentes com as políticas e prioridades identificadas pelo país parceiro, o grupo alvo, os beneficiários e os doadores?

As intervenções do PIMI II são consistentes com as políticas e prioridades identificadas, dados os baixos indicadores de saúde relativos a outros países (mortalidade materna e infantil,

facilidades de nascimento, etc.), assim como a epidemiologia do SMI. Ainda mais ênfase no planeamento familiar nas intervenções do PIMI II poderia acelerar ainda mais o progresso.

4.2.2 Eficácia

1 De que maneira as ações previstas permitem às mulheres e aos grupos alvo aceder facilmente aos serviços e medicamentos de qualidade e beneficiar de uma maneira mais eficaz?

Há uma maior frequência dos serviços de saúde por parte da população alvo, nomeadamente nas consultas para crianças menores de 5 anos. Segundo os inquéritos de satisfação da EMI, o aumento nas consultas se produz principalmente entre aquelas famílias que moram a uma distância inferior aos 5 km das US.

2 O sistema de prémios tem favorecido um melhor desempenho nas US?

À medida que a política de aumento da demanda por serviços de saúde se mantém, a diferença entre a oferta e a demanda de serviços de saúde na Guiné-Bissau se tornará ainda mais aguda. Daí a importância da implementação de esquemas eficazes de incentivo ao pessoal. Criar e disseminar um sistema nacional de incentivos e prémios para o pessoal é uma tarefa formidável.

A equipe do PIMI II lançou bases sólidas para continuar a construir e aperfeiçoar esse conceito. Medir se o novo sistema melhorou os três principais desafios da melhoria recrutamento, melhorando o desempenho da força de trabalho existente e diminuindo a taxa em quais trabalhadores deixam a força de trabalho em saúde (OMS 2006a), ainda é cedo para dizer, mas foi dado um passo importante na direção certa graças ao trabalho árduo da equipe PIMI. Também poderiam ser mais considerados incentivos não monetários, como treinamento adicional, reconhecimento, flexibilidade nas modalidades de trabalho, etc.

3 Como contribui PIMI II à construção de um modelo eficaz de saúde comunitária?

Como os ACS normalmente residem na comunidade a que servem, eles têm a capacidade exclusiva de levar as informações para onde elas são mais necessárias. Eles podem alcançar os moradores da comunidade onde vivem, comem, se divertem, trabalham e adoram. Os ACS são agentes de mudança na linha de frente, ajudando a reduzir as disparidades de saúde em comunidades carentes. O quadro de ASC criado na Guiné-Bissau e fortemente apoiado pelo PIMI, é uma força sempre crescente, que com a supervisão contínua cumprirá seu papel vital em ambientes com poucos recursos.

4.2.3 Eficiência

1 Em que medida as atividades propostas pelo programa contribuem à melhora da qualidade e da eficiência dos serviços da saúde materna e infantil para os beneficiários do PIMI I e PIMI II, caso tenham sido consolidadas as práticas melhoradas?

Há evidências do estreito alinhamento entre necessidades identificadas e respostas programáticas no caso da implementação das 16 PFE por meio dos ACS, as atividades de formação e acompanhamento dos técnicos de saúde e as de capacitação para melhor gestão dos recursos das AS. A gratuidade das IAI é um elemento chave no incremento do número das consultas, se bem é necessário promover mais e de maneira mais adaptada a mensagem.

2 Há aspetos que tenham sido negligenciados na alocação dos recursos? Tem intervenções que poderiam ser reforçadas ou incluídas?

Maior ênfase no PF, consideração de incentivos para "servantes" e mais ênfase na comunicação da equipe de PIMI e no compartilhamento de informações podem estimular ainda mais o progresso da equipe do PIMI.

4.2.4 Sustentabilidade

Quais foram os principais fatores que influenciaram o sucesso ou o não cumprimento da sustentabilidade do programa?

A equipe do PIMI tem plena consciência da luta para garantir a sustentabilidade, dado que o programa está sendo implementado em grande parte pelo INGO. Para atenuar isso, enfatizou-se o treinamento, a capacitação, a criação de políticas e procedimentos, bem como o estabelecimento de restrições para a comunicação, a gestão financeira, etc. Esses esforços devem ser continuados para garantir uma transição tão produtiva quanto possível no final do PIMI II.

O fortalecimento do Sistema de Saúde (HSS) é essencial para evitar desperdício de recursos.

O impulso para aumentar a demanda por serviços precisa ser equilibrado com a necessidade de melhorar a qualidade.

Gerenciamento conjunto de conhecimento “knowledge management”: O setor de saúde da GB requer um sistema melhor que ajude as partes interessadas a compartilhar, aceder e atualizar o conhecimento e as informações em saúde. Muitos documentos úteis (por exemplo, estudo recente da CAP ou recente estudo de satisfação do paciente do BM) não estão sendo bem divulgados no momento e, portanto, alguns trabalhos são duplicados sem necessidade. A biblioteca do Dropbox de literatura sobre saúde em GB, iniciada pela AT e pela equipe de MTR, poderia servir como uma excelente base para fortalecer o sistema de compartilhamento de informações entre os muitos parceiros dos setores da saúde.

4.2.5 Impacto

Quais foram as mudanças produzidas pelo programa, direta ou indiretamente?

As causas MMR: alta fertilidade, hemorragias, pressão alta e infecção, falta de CPN, são todas prioridades. Conforme detalhado na seção Relevância acima: dadas as evidências do alto impacto do planejamento familiar (PF) (Prata 2017, Diamond 2018, Gates 2014), estima-se que 20-30% na redução da taxa de mortalidade materna (Cleland 2006), deve-se considerar o fornecimento de mais PF, sob a liderança do FUNAC. Embora o FUNAC e outros estejam apoiando a PF, os indicadores nacionais, por exemplo a taxa de prevalência de contracepção é estimada apenas entre 15 e 18% (BM 2017, SIDA 2018) mostra que mais é necessário. Se um objetivo geral do PIMI II é a redução da taxa de mortalidade materna, as evidências (Cleland 2006, Prata 2017, Diamond 2018, Gates 2014) sugerem que um componente de PF, em colaboração com a equipe do UNFPA, que permaneceria a líder nesses esforços, mais forte atrapalha a redução.

A meio-prazo do programa o PIMI II oferece resultados claros que podem ser medidos neste ponto intermediário. Mas já está emergindo neste ponto o perverso enfraquecimento dos sistemas estatais pelo estabelecimento de sistemas de saúde paralelos, por exemplo, gestão de pessoal por meio de prêmios pagos por outra entidade, um gerenciamento separado de estoques PIMI II; a implementação direta de serviços por ONGs pode levantar uma sistema paralelo.etc. Idealmente, um programa nacional de saúde deve fortalecer sistemas para garantir a sustentabilidade.

Os provedores (privados, ONGs, etc.) de saúde ainda não integram seus dados valiosos com o sistema nacional de informações de saúde DHIS2 para permitir a tomada de decisões precisas e baseadas em evidências. Mas, em geral, é imperativo que todos os provedores de serviços de saúde integrem seus serviços dentro do serviço nacional para eventualmente capacitá-los ou o impacto será reduzido e a sustentabilidade perdida.

A instabilidade política que marcou os anos posteriores continuou a impossibilitar as condições para a criação de sinergias entre com o nível central do MINSAP, a pesar dos esforços da DUE para encontrar interlocutores válidos e estáveis no Governo. Apesar deste contexto difícil, a DUE mostrou liderança e investimento em resultados de saúde para todo o povo da Guiné-Bissau e deve agora ajudar a definir um plano de transferência de competências entre todos os implementadores do PIMI II.

4.2.7 Coerência da estratégia da UE na GB com as do outros doadores e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

1 De que maneira as medidas relativas às primas clínicas foram desenvolvidas em coordenação com outros parceiros de cooperação (p.e. Fundo Global, Banco Mundial)?

A coordenação programática entre a DUE e o BM deu lugar à continuação dos investimentos nas áreas principais de PIMI II por parte da BM, que só melhorou aspectos de implementação e operacionais, principalmente no desenho de atividades relacionado com o pagamento de prémios.

2 A identificação de PIMI II está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável?

A identificação do programa está alinhada com os ODS 3 e 5.

4.3 Recomendações

As recomendações abaixo são um resumo dos argumentos ao longo do relatório detalhado. As recomendações foram priorizadas e alocadas a uma entidade para facilitar o planeamento de ações e a responsabilidade pela melhoria.

MINSAP

- Promover um **maior envolvimento dos membros de MINSAP e das DRS** para conseguir resultados mais sustentáveis no programa PIMI II e programas futuros.
- Formar “*um fórum de concertação entre os parceiros chave da SMI no país, liderado pelo MINSAP, para o desenvolvimento de uma estratégia integrada*”.
- Nomeação de um **responsável de Saúde infantil (AIDI) a nível regional** (MINSAP e DRS).
- Elaborar mais o plano de **comunicação da Gratuidade**, levando em consideração as recentes recomendações da UE sobre o projeto de direitos à saúde (MINSAP e DRS).
- Para reforçar a **transparência financeira na gestão dos fundos** e eliminar a uma certa desconfiança entre as DRS e as estruturas (por exemplo: a suspensão do reembolso dos atos médicos nas estruturas de SAB), e recomendado emitir um despacho sobre a obrigatoriedade das assinaturas de todos os assinantes das contas bancárias das estruturas para qualquer levantamento de fundos.
- Dando a **falta de uniformização dos preços dos cuidados** de saúde em todas as regiões sanitárias, a transmissão dos novos preços mais reforçada.

DRS

- Nomeação de um **responsável de Saúde infantil (AIDI) a nível regional**.

- Revisão do **Guião e da metodologia de Supervisão** formativo tendo em vista a qualidade (Principalmente SMI).
- Reforçar mais a disseminação e o **controlo sobre os atos médicos** indevidamente cobrados pelos técnicos de saúde.
- Através do Ponto Focal de saúde comunitária, **manter reuniões periódicas** com os chefes de tabanka, líderes religiosos e outros notáveis sobre os progressos feitos na US: equipamentos, medicinas, etc. com o objetivo de implicar à comunidade na melhora da qualidade dos serviços e contribuir a melhorar a imagem das US públicas para assim incrementar a demanda.

Gratuidade:

- Promover **mais reuniões de orientação sobre a política de gratuidade** entre os responsáveis das US e DRS com associações de mulheres (incluindo associações profissionais, de camponesas, etc.).
- Mediante o Ponto Focal para a saúde comunitária, **estabelecer mais contatos** entre as US e pessoas chave com influência dentro das comunidades da sua área (chefes de tabanka, líderes religiosos, etc.) para promover a gratuidade
- Reforçar **mais as mensagens sobre gratuidade** e disponibilidade de cuidados nas US por parte dos ASC e procurar o estabelecimento de conexões entre os ACS e os mencionados atores de saúde tradicionais.
- Os técnicos de saúde devem reforçar a comunicação aos utentes sobre a gratuidade. Por exemplo, nas estruturas, deve ser obrigatório entregar um recibo de pagamento e indicar nos recibos de pagamento o que é pago do que é gratuito para facilitar o entendimento dos utentes.

Doadores

- *Apesar das recentes melhorias, as reuniões de **coordenação entre os doadores** em saúde poderiam ser mais regulares e executivas, com presidência rotatória e assistidas por funções de secretariado, seguindo a Declaração de Paris de 2005 sobre a eficácia da ajuda: apropriação, harmonização, alinhamento, resultados e responsabilização mútua. Existem esforços para melhorar a coordenação entre os grandes doadores por parte da OMS, BM e DEU assim como reuniões relativamente regulares entre os parceiros de desenvolvimento.*
- Criação de **uma biblioteca de documentos de referência** numa plataforma com “Cloud storage” (Dropbox ou similar) para ser consultados por todos os implementadores de PIMI II e atores na saúde materna e infantil. Convidar os outros doadores, ONGs e implementadores a participar and partilhar documentos essenciais.

Sugestões para pesquisa no futuro

- Procurar elaborar um “case study” comparativo sobre modelos de sucedidos de **saúde comunitária** em países e contextos similares aos da Guiné-Bissau.
- Considerar **um estudo qualitativo e quantitativo com desagregação regional** sobre os fatores socioculturais que afetam o acesso aos cuidados de saúde, incluindo um mapeamento das figuras e estruturas comunitárias que podem favorecer a disseminação de mensagens de promoção da saúde e a colaboração com os ACS e as US.
- Procurar elaborar um **business investment case** para determinar o tipo de insumos necessários para fornecer o modelo de saúde comunitária desejado e manter a continuidade do modelo, assegurando o valor dos prémios, o transporte e institucionalização da figura do ASC. O Ministério das Finanças e o Ministério da Função Pública deveriam fazer parte ativa das discussões. (A UNICEF já está a considerar um *investment case* do programa de saúde comunitária, e seria interessante que o desenho do mesmo este aberto a uma pluralidade de atores).

- Continuar a desenvolver um plano de ação para que os indicadores de saúde comunitária serem integrados na plataforma DHIS-2, (um assunto no que a UNICEF está atualmente a trabalhar).

Implementadores de PIMI II

1. Continuar a implementar mais estratégias específicas para **o aumento da procura de serviços**: envolvimento dos líderes comunitários, disponibilização de Kit e promoção da utilização das casas das mães (incluindo os procedimentos do uso).
2. **Tentar usar o SNIS/DHIS como sistema único de informação**. Todas as partes devem fazer um esforço para usar esse sistema nacional e fortalecê-lo, mesmo dentro deste contexto desafiador.
3. Em relação à relevância percebida do PIMI II para os beneficiários, **mais evidências sobre o “feedback”** e os resultados do usuário seria vantajoso neste caso. talvez uma expansão do bom trabalho realizado pela EMI nesta área.
4. Tentar encontrar ainda melhor maneiras de **integrar o trabalho das cinco ONGs implementadoras mais** por exemplo, através de reuniões mais conjuntas e/ou de um site compartilhado para compartilhar informações e comunicação, financiamento conjunto etc. Melhorar a comunicação e o intercâmbio de experiências entre as ONGs subcontratadas no PIMI II, com ênfase na harmonização de enfoques, de metodologias e de instrumentos, fazendo uma revisão ponderada dos pros e cons de cada sistema e ferramenta. A comunicação entre ONGs não se deve limitar a essas reuniões só, mais favorecer um sistema de troca de experiências práticas, com períodos de visitas de aprendizagem entre os projetos.
5. Promover um **maior envolvimento das DRS** para conseguir resultados más sustentáveis, por exemplo, insistindo em visitas de supervisão conjuntas, insistindo em que assinem relatórios de rotina etc. Este envolvimento tem sido bastante sucedido no caso da saúde comunitária, com a nomeação dos Pontos Focais e o entusiasmo que a EdA constatou com que é percebida esta componente. No caso das componentes de capacitação clínica e de gestão e finanças, as DRS deveriam acompanhar de maneira regular as missões de supervisão formativa, de maneira a desenvolver capacidades dentro dos órgãos do MINSAP que, dentro e um papel de coordenação, trabalham no fornecimento de serviços imediatos as populações alvo.
6. Deve-se considerar **o fornecimento coordenado de mais PF, sob a liderança do FUNAC**. Embora o FUNAC e outros estejam apoiando a PF, os indicadores nacionais, por exemplo a taxa de prevalência de contracepção é estimada apenas entre 15 e 18% (BM 2017, SIDA 2018) mostra que mais apoio é urgentemente necessário.
7. Continuar **o bom trabalho de construção e fortalecimento do ASC**, concentrando-se na retenção, recrutamento de mais mulheres e supervisão contínua.
8. Sempre que possível, dentro do contexto, **mais feedback** deve ser dado aos profissionais em relação ao seu desempenho em relação aos prêmios e incentivos.
9. Uma outra consideração a ter em conta é que **os serventes das US** ainda ficam fora do sistema de prêmios, embora contribuem à melhora da saúde dos pacientes, não só com labores de higiene mais também ajudando aos técnicos nas funções clínicas.
10. Incluir ainda mais na estratégia de PIMI II **o incremento de procura** de serviços de saúde materna atendimento, enquanto, ao mesmo tempo, continua a melhorar a qualidade do atendimento.
11. A continuação e fortalecimento de **missões mensais de coordenação e mais visitas conjuntas de campo dos implementadores** de PIMI II.
12. Consideração para adicional e **disseminar a política da gratuidade**, para aproveitar o progresso feito até agora. PE: a disseminação vigorosa da política de gratuidade nas áreas rurais, acrescentar as emissoras de rádio e cartazes nas US idealmente em algumas das idiomas locais e/ou com diagramas e desenhos.

13. Dada a necessidade interminável de **arranjos de ambulâncias**, podia-se considerar o uso de outras soluções inovadoras. Alguns países, como Timor-Leste, estabeleceram um sistema de vouchers para permitir que qualquer pessoa com um veículo que transporte pacientes de emergência seja reembolsada.
14. A consideração adicional da **expansão da política nacional de nascimentos em instalações** para incluir também nascimentos de enfermeiros na comunidade é, portanto, sugerida e apoiada pela literatura e evidências globais (OMS, SBA).
15. Institucionalizar mais a **sistema de pronta alerta** para evitar stockouts de antipalúdicos.

5. Lista de Anexos

Anexo 1 – Termos de Referência da avaliação

Anexo 2 – CVs dos avaliadores

Anexo 3 – A metodologia da avaliação

Anexo 4 – A lógica da intervenção

Anexo 5 – O mapa das áreas de intervenção

Anexo 6 – Lista de partes interessadas entrevistadas

Anexo 7 – Bibliografia

Anexo 8 – Matriz de avaliação

Anexo 9 – Matriz de análise de documentos

Anexo 10 – Apresentação das conclusões e recomendações preliminares