

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
I MESTRADO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**



**ESTUDO DELPHI SOBRE O IMPACTO DAS INTERVENÇÕES
PROPOSTAS AO “GAVI” PARA O FORTALECIMENTO DOS
SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ana Paula Cavalcante de Oliveira

LISBOA
2009

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
I MESTRADO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**ESTUDO DELPHI SOBRE O IMPACTO DAS INTERVENÇÕES
PROPOSTAS AO “GAVI” PARA O FORTALECIMENTO DOS
SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ana Paula Cavalcante de Oliveira

LISBOA
2009

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
I MESTRADO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**ESTUDO DELPHI SOBRE O IMPACTO DAS INTERVENÇÕES
PROPOSTAS AO “GAVI” PARA O FORTALECIMENTO DOS
SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Desenvolvimento da
Universidade Nova de Lisboa

Mestranda: Ana Paula Cavalcante de Oliveira
Orientador: Professor Doutor Gilles Dussault
Co-orientadora: Professora Doutora Cristianne Maria Famer Rocha

LISBOA
2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os profissionais da área de *Saúde Internacional* do Instituto de *Higiene e Medicina Tropical*, que possibilitaram a execução desta dissertação em especial:

- à Professora Doutora Cristianne Famer Rocha;
- ao Professor Doutor Gilles Dussault;
- ao Professor Doutor Paulo Ferrinho.

Agradeço igualmente a todos os profissionais do Cluster de *Health System and Services* da *Organização Mundial de Saúde*, em especial aos responsáveis pelo desenvolvimento do meu trabalho:

- Professor Doutor Denis Porignon;
- Doutora Petra Ten Hoop-Bender;
- Professor Doutor Wim Van Lerberghe.

Do mesmo modo, agradeço aos especialistas externos de várias instituições consultados:

- Professor Doutor Bruno de Sousa da área de *Saúde Internacional* do Instituto de *Higiene e Medicina Tropical - Lisboa*;
- Professora Fátima Figueiredo da área de *Saúde Internacional* do Instituto de *Higiene e Medicina Tropical - Lisboa*;
- Dra Gabriele Mallapaty da *Health Section - Programme Division* do *Fundo das Nações Unidas para a Infância* - Nova York;
- Professora Doutora Judith T. Fullerton do departamento *Reproductive Health, Evaluation & Research* da *Universidade da Califórnia* - San Diego;

- Professora Doutora Luzia Gonçalves da área de *Saúde Internacional* do *Instituto de Higiene e Medicina Tropical- Lisboa*.

Em especial agradeço aos especialistas que participaram no pré-teste e aos que constituíram o painel de especialistas, da *Organização Mundial de Saúde*, do *Fundo das Nações Unidas para a Infância* e do *Fundo de Populações das Nações Unidas*, sem os quais a concretização deste estudo não seria possível.

*"Comece fazendo o que é necessário,
Depois o que é possível,
E de repente você estará fazendo o impossível."*

São Francisco de Assis

RESUMO

CONTEXTUALIZAÇÃO: A prestação de intervenções eficazes e sustentáveis a um maior número de crianças é crucial para a redução da mortalidade infantil e o alcance dos Objectivos do Desenvolvimento do Milênio. Entre 2006 e 2010, uma parte significativa dos fundos da *Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização* será investida no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde (GAVI HSS), para atingir e dar sustentabilidade ao aumento da cobertura de vacinas e a outros serviços (com ênfase nos cuidados de saúde materna e infantil).

OBJECTIVO: Conhecer e analisar o possível impacto de uma amostra aleatória das intervenções propostas por 35 países ao Fundo da GAVI HSS, de Outubro de 2006 a Outubro de 2007, noutras áreas para além da vacinação.

SUJEITOS DO ESTUDO: 21 especialistas da OMS, UNICEF e UNFPA, seleccionados com base na sua experiência profissional na área de Saúde Pública, Saúde Materno e Infantil; participaram no estudo Delphi entre Abril e Agosto de 2008.

METODOLOGIA: O estudo foi realizado a partir de uma amostra aleatória de 10% das intervenções propostas por 35 países para o fortalecimento dos serviços e sistemas de saúde aprovados ao Fundo do “GAVI HSS”. A técnica de recolha de dados utilizada foi o Delphi. Os dados foram recolhidos em três rodadas, com o recurso a um questionário estruturado (com as intervenções seleccionadas) e a um semi-estruturado (questionário demográfico).

RESULTADOS: Foi alcançado consenso em 57 intervenções (70%), em que os especialistas consultados consideram que as mesmas terão um possível impacto em pelo menos uma das Atividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde (ARCS) analisadas neste estudo (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância; Cuidados Durante o Trabalho de Parto; Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas; Prestação de Serviços de Saúde; e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde). A maioria das intervenções que apresentará um possível impacto está relacionada com a “Prestação de Serviços de Saúde” e com o “Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde”. O maior número de intervenções identificadas que possivelmente não apresentará impacto referem-se à “Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas”.

CONCLUSÕES: Segundo os especialistas consultados as intervenções analisadas que tiveram o consenso atingido, terão impacto positivo noutras áreas para além da vacinação. Quanto à abrangência deste impacto, foi identificado que haverá uma variação entre as Actividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde analisadas. De uma forma geral, as intervenções apresentarão um maior impacto nas áreas de gestão em saúde do que nas áreas dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, sistemas de saúde, imunização, GAVI HSS e técnica Delphi.

ABSTRACT

BACKGROUND: Delivering effective and sustainable interventions to the greatest number of children is crucial for the reduction of child mortality and the attainment of the Millennium Development Goals. Between 2006 and 2010, a significant share of the Global Alliance for Vaccination and the Immunization funds will be invested in the strengthening of health systems (GAVI HSS), to achieve and sustain increased immunization coverage and other health services (with a focus on child and maternal health).

GENERAL GOAL: To identify and analyze the possible impact a random sample of interventions proposed by 35 countries to the GAVI HSS fund, between October 2006 and October 2007, in other areas than vaccination

SUBJECT OF THE STUDY: 21 specialists from WHO, UNICEF and UNFPA, selected on the basis of their expertise in Public Health, Maternal and Child Health, participated in a Delphi study between April and August 2008.

METHODOLOGY: The study was conducted from a random sample of 10% of the proposed interventions by 35 countries to strengthen health systems and services for the approved Fund "GAVI HSS." The technique used to gather the data was Delphi. Data were collected in three rounds, using a structured questionnaire (with the interventions selected) and a semi-structured (demographic questionnaire).

RESULTS: Consensus was reached on 57 interventions (70%) deemed likely to have a positive impact on at least one of the Care-Related Activities (CRA) analyzed in this study (Integrated Management of Childhood Illnesses; Intrapartum Care; Prevention and Treatment of Chronic Diseases; Health Services Delivery; and Health Service Planning and Management). The majority of these interventions that is more likely to have an impact is related to "Health Services Delivery" and "Health Service Planning and Management". The highest number of interventions identified as unlikely to have a positive impact were related to "Prevention and Treatment of Chronic Diseases".

CONCLUSION: According to the experts consulted, the analyzed interventions, which had reached the consensus, will have a positive impact on other areas beyond the vaccination. As it has been identified that the scope of this impact will vary between the care related activities analysed in a general plan, the interventions provide a greater impact in the areas of healthcare management and in the areas of general health care.

Key words: strengthening the health system, health system, immunization, GAVI HSS and Delphi technique.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE QUADROS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	xiv
INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO 1- PROBLEMÁTICA E QUADRO DE REFERÊNCIA	4
1- Problemática	4
2- Revisão da Literatura	5
2.1- Saúde Infantil.....	5
2.2- Eficácia das Iniciativas Globais de Saúde	13
2.3- Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde.....	16
3- Quadro de Referência.....	18
CAPÍTULO 2- OBJECTIVOS DO ESTUDO	24
2.1- Questões de Investigação.....	24
2.2.1- Objectivo Geral	24
2.2.2- Objectivos Específicos	24
CAPÍTULO 3- MÉTODOS	26
3.1- Enquadramento Epistemológico	26
3.2- A Técnica Delphi	27
CAPÍTULO 4- PROCEDIMENTOS E IMPLEMENTAÇÃO	40
4.1- Selecção e Constituição do Painel de Especialistas	40
4.2- Participação dos Especialistas no Processo Delphi e Taxa de Resposta.....	40
4.3- Características do Painel de Especialistas	41
4.4- Selecção das Intervenções	43
4.5- Definição de Consenso	48
4.6- Definição do Número de Rodadas	49
4.7- Desenvolvimento dos Questionários e Aplicação.....	49
4.8- Pré-teste do Questionário.....	52
4.9- Análise dos Dados.....	53

CAPÍTULO 5- RESULTADOS.....	55
5.1- As Intervenções Propostas.....	55
5.2- A Abrangência do Impacto das Intervenções Propostas	64
5.3- A “Existência” ou “Não Existência” de um Possível Impacto das Intervenções Propostas	66
5.4- A Frequência da Possível Abrangência do Impacto das Intervenções Propostas nas ARCS	68
5.5- Processo de Evolução do Consenso.....	71
5.6- Intervenções que Apresentaram um Possível Impacto Variado Entre Considerável e Alto	74
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
Pontos Fortes e Limitações do Estudo	80
Implicações	81
Considerações Finais.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	95
APÊNDICE	100
Apêndice A - Carta - Convite	
Apêndice B - 2º Carta - Explicação	
Apêndice C - Questionário Demográfico	
Apêndice D -Questionário	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estimativas do número de crianças não vacinadas com a primeira e segunda dose contra o sarampo, por regiões da OMS em 2005	12
Tabela 2: Distribuição do painel de especialistas quanto à característica demográfico “sexo”	41
Tabela 3: Distribuição do painel de especialistas quanto à característica demográfico “idade”	41
Tabela 4: Nacionalidade e continente de especialização do painel de especialistas.....	42
Tabela 5: Profissões de base do painel de especialistas.....	42
Tabela 6: Área de especialização do painel de especialistas.....	42
Tabela 7: Grau acadêmico do painel de especialistas.....	43
Tabela 8: Anos de experiência do painel de especialistas.....	43
Tabela 9: Instituição de trabalho do painel de especialistas.....	43
Tabela 10: Exemplo do questionário na primeira rodada	50
Tabela 11: Exemplo do questionário na segunda rodada.....	52
Tabela 12: Resumo das pontuações dadas pelos especialistas por intervenção para cada ARCS	56
Tabela 13: Número de intervenções que atingiram um consenso entre os especialistas quanto à “existência” ou à não “existência” de um possível impacto e intervenções que não atingiram um consenso	68
Tabela 14: Moda e Frequência da possível abrangência do impacto das intervenções nas ARCS que alcançaram o consenso entre os especialistas em todas as rodadas	71
Tabela 15: Intervenções que atingiram um consenso entre os especialistas que possivelmente apresentaram um impacto a variar entre considerável e alto (*intervenções consideradas de alto impacto)	75

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Marcos importantes no reconhecimento da saúde infantil	6
Quadro 2: Vantagens e desvantagens da utilização da técnica Delphi	35
Quadro 3: Etapas da técnica Delphi e tempo necessário para o seu desenvolvimento.....	38
Quadro 4: Intervenções seleccionadas	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Quadro referencial	21
Figura 2: Cadeia de impacto.....	22
Figura 3: Sequência da aplicação do método Delphi.....	31
Figura 4: Processo de selecção das intervenções.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das causas directas das mortes entre neonatos em 2000	8
Gráfico 2: Distribuição global das causas específicas da mortalidade entre crianças abaixo de cinco anos de idade	8
Gráfico 3: Distribuição do número de mortes de crianças abaixo dos cinco anos de idade nas regiões do mundo, em 2006	9
Gráfico 4: Distribuição da mortalidade no mundo provocada por sarampo, por região da OMS entre 1999 a 2005, onde crianças menores de cinco anos representaram 90% das mortes em 2005	11
Gráfico 5: Estado de consenso das 81 intervenções em estudo, consoante o processo total das rodadas	64
Gráfico 6: Distribuição do consenso alcançado relativo à possível abrangência do impacto das 81 intervenções nas actividades relacionadas com os cuidados de saúde consoante a rodada do estudo	65
Gráfico 7: Nível de) do consenso entre os especialistas, quanto à possível abrangência do impacto relativo a intersecções entre as 81 intervenções e as 5 ARCS (total de 405 intersecções)	65
Gráfico 8: Estado do consenso entre os especialistas, quanto à possível abrangência do impacto relativo a intersecções entre as 81 intervenções e as 5 ARCS (total de 405 intersecções), por rodada	66
Gráfico 9: Distribuição das 57 intervenções que tiveram o consenso alcançado pelo número de ARCS que apresentaram um possível impacto	67
Gráfico 10: Distribuição da possível abrangência do impacto das intervenções nas ARCS que alcançaram um consenso ao finalizar todas as rodadas	70
Gráfico 11: Número de Intervenções que atingiram um consenso entre os especialistas, conforme a possível abrangência do impacto por ARCS por cada rodada	73
Gráfico 12: Percentagem das intervenções que tiveram o consenso atingido, conforme a possível abrangência do impacto, por rodada	73

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

ARCS: Atividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde

BM: Banco Mundial (do Inglês: World Bank - WB)

CEI: Comunidade dos Estados Independentes

ECA: Grupo de países da Europa e da Ásia Central

GAVI/GAVI Alliance: Global Alliance for Vaccines and Immunisation (em Português: Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização)

GAVI HSS: Global Alliance for Vaccines and Immunisation to Health Systems Strengthening (adoptada a tradução livre de: Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização para o Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde)

GHI: Global Health Initiatives (em Português: Iniciativas Globais de Saúde)

HGS: Health System Governance, Policy and Aid Effectiveness

HSS: Health Systems Strengthening (adoptada a tradução livre de: Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde)

MENA: Grupo de Países do Médio Oriente e do Norte de África

ODM: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde (do Inglês: World Health Organization – WHO)

ONGs: Organizações Não-Governamentais

ONU: Organização das Nações Unida (do Inglês: United Nations - UN)

PAV: Programa Alargado de Vacinação (do Inglês: Expanded Program Immunization EPI)

PEPFAR: The US President's Emergency Plan for AIDS Relief (em Português: Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA)

PMI: President's Malaria initiative (em Português: Iniciativa Presidencial Contra a Malária)

TMI: Taxa de Mortalidade Infantil

UNFPA: United Nations Population Fund (em Português: Fundo de Populações das Nações Unidas)

UNICEF: United Nations Children's Fund (em Português: Fundo das Nações Unidas para a Infância)



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Este estudo decorreu de um projecto de investigação da unidade *Health System Governance, Policy and Aid Effectiveness* (HGS) da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), o qual teve como objectivo analisar as propostas aprovadas de 35¹ países, entre Outubro de 2006 a Outubro de 2007, ao *Fundo da Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização para o Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde* (GAVI HSS).

O objectivo principal deste estudo foi identificar o possível impacto das intervenções financiadas pelo Fundo da GAVI HSS, em áreas específicas dos cuidados de saúde e dos serviços e sistemas de saúde. Também teve o intuito de fornecer uma base empírica aos principais grupos de interesse (decisores políticos e doadores) sobre o possível impacto das intervenções financiadas e contribuir para a obtenção de um melhor entendimento desse possível impacto no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde.

Este documento está organizado em cinco capítulos. O primeiro, *Problemática e Quadro de Referência*, aborda a problemática de investigação, incluindo uma revisão bibliográfica sobre os aspectos relacionados com a temática em estudo (saúde infantil, iniciativas globais de saúde e fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde), e apresenta também o quadro referencial utilizado para possibilitar a compreensão da questão em estudo.

No segundo capítulo, *Objectivos do Estudo*, são apresentadas as questões de investigação, bem como os objectivos gerais e específicos do estudo. No terceiro capítulo, *Métodos*, apresenta-se o enquadramento epistemológico do estudo e a revisão da literatura respeitante à técnica Delphi, utilizada para promover a recolha dos dados. No quarto capítulo, *Procedimento e Implementação*, são apresentados os procedimentos necessários na implementação da técnica Delphi e descrita a recolha de dados do presente estudo. No quinto capítulo, *Resultados*, são descritos os dados relativos ao possível impacto das intervenções investigadas. Na *Discussão e Considerações Finais*, é apresentada a comparação dos principais resultados com a literatura existente, os pontos fortes e as limitações do estudo; as implicações; e as considerações finais.

¹ Os 35 países cujas propostas foram aprovadas para o fundo: Afeganistão, Arménia, Burundi, Butão, Burquina Faso, Camarões, Camboja, República Central-Africana, Chade, Eritreia, Etiópia, Gana, Geórgia, Guiné-Bissau, Honduras, Quénia, Quieguistão, Libéria, Madagascar, Malauí, Nepal, Nicarágua, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, República Democrática Popular da Coreia, Ruanda, Serra Leoa, Sri Lanka, Sudão do Norte, Tajiquistão, Uganda, Vietnã, Iémen, Zâmbia.



CAPÍTULO 1- PROBLEMÁTICA E QUADRO DE REFERÊNCIA

CAPÍTULO 1- PROBLEMÁTICA E QUADRO DE REFERÊNCIA

1.1- Problemática

Apesar do declínio considerável nas taxas de mortalidade entre crianças menores de cinco anos, conforme é apresentado pela revisão da literatura em saúde da criança neste capítulo, os *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* (ODM) para alguns países estão longe de serem alcançados até ao ano de 2015. Embora o acesso a intervenções práticas e de baixo custo e a cuidados primários eficazes, pudessem evitar milhões de mortes (CLAESON et al., 2003), a prestação destas intervenções depara-se com os mesmos constrangimentos enfrentados pelos sistemas de serviços de saúde, os quais impedem a sua implementação apropriada.

A *Aliança GAVI* é uma parceria pública/privada, fundada em 2000, com o objectivo principal de melhorar o acesso à imunização de crianças em países pobres. A Aliança inclui, entre os seus parceiros, a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), o *Fundo das Nações Unidas para a Infância* (UNICEF), o *Banco Mundial* (BM), a *Fundação Bill e Melinda Gates*, organizações não-governamentais (ONGs), agências técnicas e de investigação, representantes de indústrias de vacinas e governos de países em desenvolvimento e industrializados (GAVI ALLIANCE, 2008b). Estima-se que até ao final de 2005 foram evitadas 1,7 milhões de mortes prematuras graças à actuação da *Aliança GAVI* (GAVI ALLIANCE, 2008a; 2008b).

Entretanto, os serviços de imunização, inevitavelmente, experimentam os constrangimentos que afectam o sistema de serviço de saúde no conjunto (WHO, 2005). Sem um sistema de prestação de cuidados de saúde forte e eficaz, vacinas, medicamentos e outras formas de prevenção e tratamento não serão fornecidos em tempo hábil, com segurança, em quantidade suficiente e a custos razoáveis onde são mais necessários. Conforme a *Aliança GAVI* (GAVI ALLIANCE 2008a; 2008b) um sistema de serviços de saúde inadequado é um dos obstáculos para a obtenção de melhores resultados de saúde. Deste modo, as barreiras do sistema são factores que impedem o progresso em direcção ao aumento da cobertura de vacinas, fornecimento de cuidados de saúde materno-infantil, entre outros.

A *Aliança GAVI* reconheceu que o investimento em programas de imunização era necessário, no entanto não era suficiente para o aumento e sustentabilidade da cobertura de vacinas ou para a prossecução dos ODM (GAVI ALLIANCE, 2007b). Assim, entre 2006 e 2010, uma considerável parte dos fundos de GAVI será investida no fortalecimento dos

sistemas de serviços de saúde (GAVI HSS), podendo ser estendidos até 2015 (GAVI ALLIANCE, 2007a). O GAVI HSS tem como objectivo atingir o aumento e a sustentabilidade da cobertura de vacinas e de outros serviços, com ênfase nos cuidados de saúde destinados à saúde materna e infantil.

Neste sentido, os países são encorajados a utilizar o *Fundo de GAVI HSS* para superar as barreiras do sistema de serviços de saúde que impedem o progresso e a sustentabilidade da cobertura de vacinas e provisão de outros serviços direccionados para a saúde materna e infantil (GAVI ALLIANCE, 2007a; 2007b). O Fundo tem a função de completar outros fundos existentes no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde e não competir com os mesmos. Também está projectado para preencher lacunas nos esforços do desenvolvimento dos sistemas, podendo ser utilizado para despesas que aumentem a capacidade destes ou em despesas de contratação (WHO, 2007b). De Outubro de 2006 a Outubro de 2007, 40 países submeteram as suas propostas ao Fundo, tendo sido aprovadas 35 propostas.

A maior parte dos estudos desenvolvidos até ao presente momento, referentes ao fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, não são relativos ao impacto causado pelas intervenções financiadas por estes fundos para além da área alvo. Dessa forma procurou-se através deste estudo, verificar se as intervenções financiadas pelo GAVI HSS têm o potencial de ter um impacto também noutras áreas que não somente a área alvo (de vacinação). Espera-se que o estudo em questão contribua para a obtenção de um melhor entendimento do impacto dos fundos internacionais no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde e das iniciativas na formação de políticas e processo de planeamento nacional, com a intenção de fornecer uma base empírica a discussões de políticas actuais e aos principais actores envolvidos. Assim, o objecto do estudo é conhecer e analisar o possível impacto que parte das intervenções propostas por 35 países e aprovadas pelo fundo da GAVI HSS, de Outubro de 2006 a Outubro de 2007, terá em três grandes áreas de cuidados (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, Trabalho de Parto e Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas); e em duas áreas dos sistemas de serviços de saúde (Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde).

1.2- Revisão da Literatura

1.2.1- Saúde Infantil

No ano de 2000, no contexto da discussão sobre a relação “simétrica” ou “assimétrica” entre saúde e pobreza, ocorreu a *Reunião de Cúpula do Milénio das Nações Unidas*. Na

referida reunião, 189 países uniram-se e comprometeram-se a reduzir a pobreza para metade até ao ano de 2015 e endossaram a *Declaração do Milénio*. Essa acção inspirou o estabelecimento de metas e indicadores denominados *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* (ODM), entre os quais, encontra-se o de diminuir, até 2015, em dois terços a mortalidade infantil e de crianças até aos cinco anos de idade (OPAS, 2007). A *Organização Mundial de Saúde* (WHO, 2005b), ao referir-se aos ODM, descreve que estes sublinham a importância de melhorar a saúde e, particularmente, a saúde materna e infantil, como uma parte integrante da redução da pobreza.

A preceder esta reunião, diversos marcos históricos importantes tomaram lugar no percurso do reconhecimento da importância da saúde infantil, os quais são descritos no *Quadro 1*.

Quadro 1: Importantes marcos no reconhecimento da saúde infantil

Reconhecimento da Saúde Infantil	
1919	Eglantyne Jebb criou <i>Save the Children Fund</i> (Fundo de Salvação das Crianças), em resposta à miséria pós-guerra vivida por milhares de crianças em toda a Europa. Entretanto, os seus objectivos ultrapassaram o alívio imediato e, em 1920, criou em Genebra a <i>Save the Children International Union</i> (União Internacional de Salvação das Crianças), que mais tarde se torna o <i>International Union for Child Welfare</i> (União Internacional para o Bem-Estar Infantil).
1924	A <i>Liga das Nações</i> adopta a <i>Declaração de Genebra</i> sobre os Direitos da Criança, elaborada pela <i>União Internacional para o Bem-Estar Infantil</i> . Esta declaração estabelece os direitos da criança a recursos para o seu desenvolvimento material, moral e espiritual; à ajuda especial em caso de fome, doença, incapacitação ou orfandade; à prioridade no atendimento em condições de perigo; à protecção contra a exploração económica; e a uma educação que inspire um sentimento de responsabilidade social.
1948	A <i>Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU)</i> aprova a <i>Declaração Universal dos Direitos Humanos</i> , a qual afirma o direito aos cuidados e à assistência especial na infância (Artigo 25).
1959	A <i>Assembleia Geral da ONU</i> adopta a <i>Declaração dos Direitos da Criança</i> , que reconhece direitos como o direito à não discriminação e o direito a um nome e a uma nacionalidade.
1979	A ONU declara 1979 o <i>Ano Internacional da Criança</i> . A <i>Assembleia Geral da ONU</i> estabelece que um grupo de trabalho deve ser criado para elaborar uma Convenção com poder legislativo.
1989	A <i>Assembleia Geral da ONU</i> aprova a <i>Convenção dos Direitos da Criança</i> que entra em vigor no ano seguinte.
1990	O <i>Encontro Mundial de Cúpula pela Criança</i> é realizado em Nova Iorque. É assinada a <i>Declaração Mundial para a Sobrevivência, a Protecção e o Desenvolvimento da Criança</i> , assim como um <i>Plano de Acção</i> para implementar a Declaração, estabelecendo metas a serem alcançadas até ao ano 2000.
1994	O <i>Ano Internacional da Família</i> reafirma que os programas devem apoiar as famílias na criação e protecção das crianças, em vez de prover substitutos para essas funções.
1999	É adoptada a <i>Convenção relacionada com a Proibição e Acção Imediata para a Eliminação das Piores Formas de Trabalho Infantil</i> (Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho - OIT).
2000	Os <i>Objetivos de Desenvolvimento do Milénio</i> estabelecidos pela ONU incorporam metas específicas relacionadas com a criança. A <i>Assembleia Geral da ONU</i> adopta dois Protocolos Facultativos para a <i>Convenção sobre os Direitos da Criança</i> : um sobre o envolvimento de crianças em conflitos armados, e outro sobre o tráfico de crianças, prostituição e pornografia infantis.
2002	A <i>Assembleia Geral da ONU</i> realiza a <i>Sessão Especial sobre a Criança</i> ; pela primeira vez reúnem-se para discutir especificamente questões relacionadas com a criança.

Fonte: UNICEF (2005)

Apesar das conquistas listadas no *Quadro 1*, como referido pelo *Fundo das Nações Unidas para a Infância* (UNICEF, 2007), sérios desafios ainda necessitam de ser superados para o alcance dos ODM. Nos últimos 46 anos, houve um declínio considerável nas taxas de mortalidade entre crianças menores de cinco anos, podendo-se observar tal diminuição ao compararmos os dados de 1960², onde apresentam 20 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos, em relação aos de 2006, com aproximadamente 10 milhões de mortes (UNICEF, 2007).

No entanto, esta redução não foi suficiente quando observado o quanto alguns países estão longe de atingirem os ODM ou ao analisar a causa destas mortes. Para atingir o objectivo de reduzir a mortalidade infantil³ até 2015 em dois terços, é necessário, segundo a UNICEF (2007), reduzir o número de mortes por ano de crianças menores de cinco anos de 9.7 milhões sucedidas em 2006 para quatro milhões até 2015.

É necessário salientar que o índice de mortalidade representa uma importante fonte de informação epidemiológica referente à condição de saúde da população. Segundo a OMS (WHO,1993) a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais utilizados para a análise da situação de saúde da população. Isto porque a TMI é particularmente sensível a alterações sócio-económicas e a intervenções no sector dos cuidados de saúde.

Até meados do final dos anos 90, as estimativas do número de mortes infantis ocorridas em período neonatal⁴ foram retiradas de dados históricos ao invés de inquéritos específicos (UNICEF, 2007). Algumas estimativas mais rigorosas das mortes dos neonatos emergiram em 1995 e em 2000, pelo facto de os dados dos inquéritos domiciliares de saúde se terem tornado mais acessíveis (OMS, 2005b). Assim, até então, não era possível ter uma perspectiva clara do peso da mortalidade neonatal no total da mortalidade entre crianças menores de cinco anos.

Actualmente, de acordo com a UNICEF (2007), aproximadamente 40% de todas as mortes entre menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal por uma variedade de complicações. Conforme dados da mesma organização, quatro milhões de crianças morrem todos os anos no seu primeiro mês de vida, e metade destas nas suas primeiras 24 horas de vida⁵. Aproximadamente 26% das mortes neonatais (Gráfico 1), que representam 10% de

² Um dos primeiros dados disponíveis relativos à mortalidade de crianças abaixo de cinco anos (UNICEF, 2007).

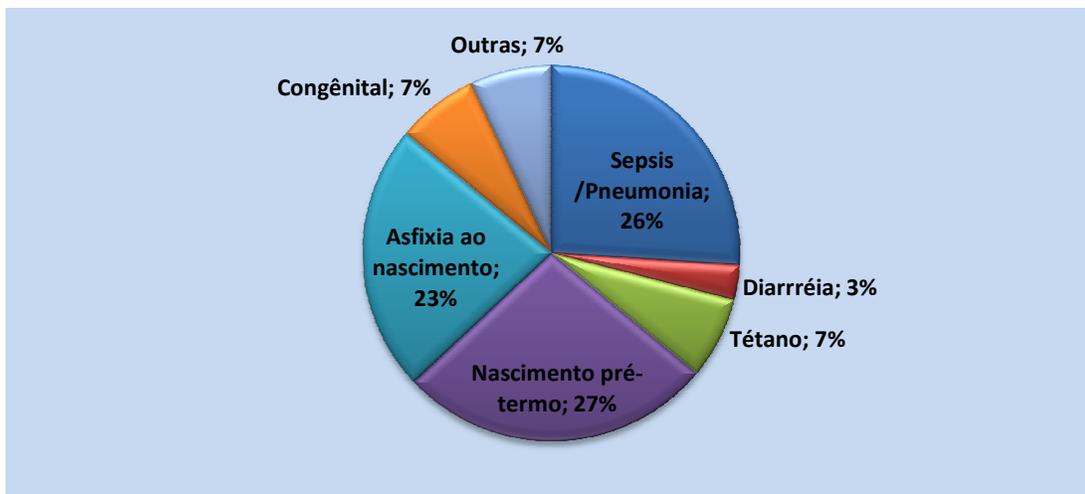
³ Mortalidade infantil refere-se ao número de natos vivos que morrem durante o primeiro ano de vida (PORTUGAL, 2003).

⁴ Período referente ao primeiro mês de vida (UNICEF, 2007).

⁵ Segundo a UNICEF (2007), uma criança tem aproximadamente 500 vezes mais probabilidade de morrer no seu primeiro dia de vida do que ao longo de seu primeiro mês de idade.

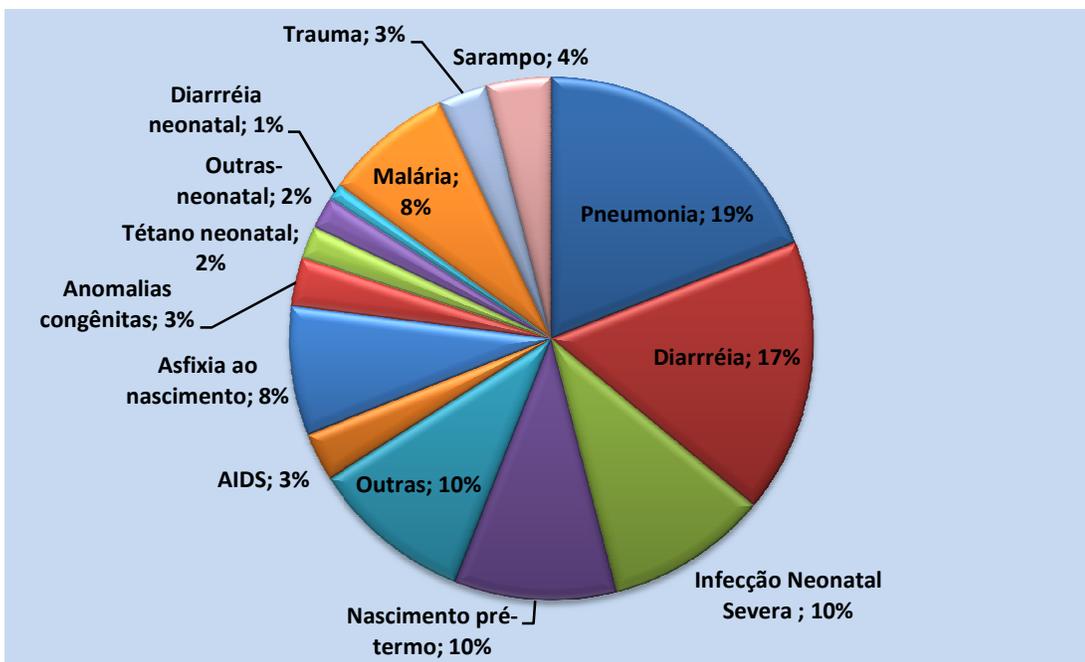
todas as mortes abaixo dos cinco anos (Gráfico 2), são causadas por infecções severas como a pneumonia neonatal (aproximadamente dois milhões por ano) e a sepsis, esta última com uma proporção significativa (Gráficos 1 e 2). As doenças diarréicas representam 17% das mortes totais de crianças menores de cinco anos e a malária, o sarampo e a SIDA são responsáveis por 15 % (Gráfico 2).

Gráfico 1: Distribuição das causas directas das mortes entre neonatos em 2000



Fonte: Lawn (2005)

Gráfico 2: Distribuição global das causas específicas da mortalidade entre crianças abaixo dos cinco anos de idade

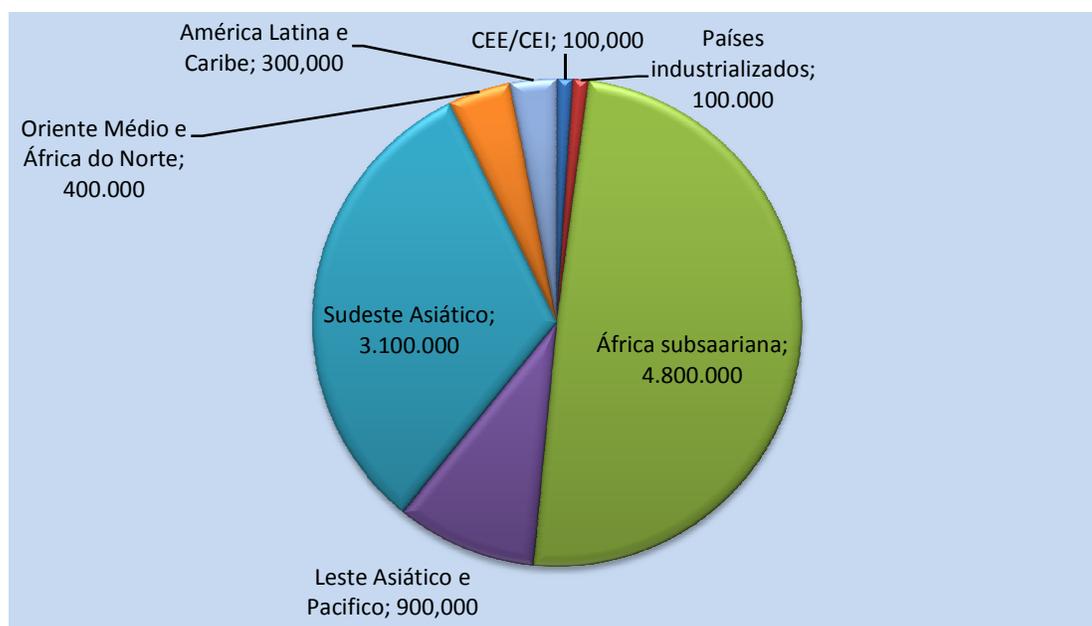


Fonte: UNICEF (2007)

Em 2002, estima-se que 1.4 milhões de crianças abaixo dos cinco anos de idade morreram de doenças que poderiam ter sido evitadas com uma vacinação abrangente. Entre estas, mais de 500.000 mortes foram causadas pelo sarampo, 400.000 por *Haemophilus influenza* tipo B (Hib), 300.000 por pertussis e 180.000 por tétano neonatal (WHO, 2005a). Quase todas estas crianças poderiam melhorar e sobreviver com o acesso a intervenções simples e de preço acessível (WHO e UNICEF, 2005).

Quanto à distribuição destas mortes, segundo a UNICEF (2007), aproximadamente 60 países em vias de desenvolvimento apresentam 93% das mortes gerais de crianças menores de cinco anos no mundo, em média 26.000 mortes diárias. Um número inferior de países (seis países) é representante directo dos dados referentes a 50% das mortes mundiais por ano (BLACK et al., 2003). Três quartos das mortes ocorrem na África e no Sudeste Asiático (Gráfico 3) e, como tem vindo a ser observado, a mortalidade infantil é mais elevada em famílias de baixo rendimento, baixa escolaridade e de áreas rurais (WHO, 2007a).

Gráfico 3: Distribuição do número de mortes de crianças abaixo dos cinco anos de idade por região do mundo, segundo a divisão da UNICEF, em 2006



CEE: Europa Central e Oriente
 CEI⁶: Comunidade dos Estados Independentes
 Fonte: UNICEF (2007)

⁶ Acrónimo para designar o grupo de países da Comunidade dos Estados Independentes (CEI), do inglês Commonwealth of Independent States (CIS), o qual inclui: Arménia, Azerbaijão, Bielorrússia, Geórgia, Casaquistão, Ouzbequistão, República da Moldávia, Tadjiquistão, Turquemenistão, Federação da Rússia, Ucrânia e Uzbequistão.

Aproximadamente dois terços das mortes de crianças ocorrem antes de estas completarem cinco anos de idade (CLAESON et al., 2003). Estas mortes poderiam ser evitadas pelo acesso a intervenções práticas, de baixo custo e de cuidados primários eficazes, as quais são factíveis em países de baixo rendimento (CLAESON et al., 2003). A adopção de intervenções básicas de saúde que incluam a amamentação precoce, a imunização, o uso de suplemento de vitamina A e o uso de mosquiteiros para prevenir a malária conforme apontado por UNICEF (2007) são essenciais para o aumento dos avanços conseguidos na diminuição da mortalidade infantil.

O BM (WB, 2006) lista algumas intervenções como sendo prioritárias para combater a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos:

- Expansão da cobertura de vacinas;
- Expansão do uso de medidas simples e de baixo custo e altamente eficientes para o tratamento de diarreia e pneumonia, através da *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância* (AIDPI) ou outro mecanismo de prestação de serviços;
- Prevenção da transmissão e da mortalidade pela malária através da expansão do uso de mosquiteiros e do tratamento preventivo para mulheres grávidas;
- Assegurar a distribuição de micronutrientes chave;
- Expansão do uso de pacotes de medidas para prevenir a transmissão transversal (mãe-filho) do HIV/SIDA.

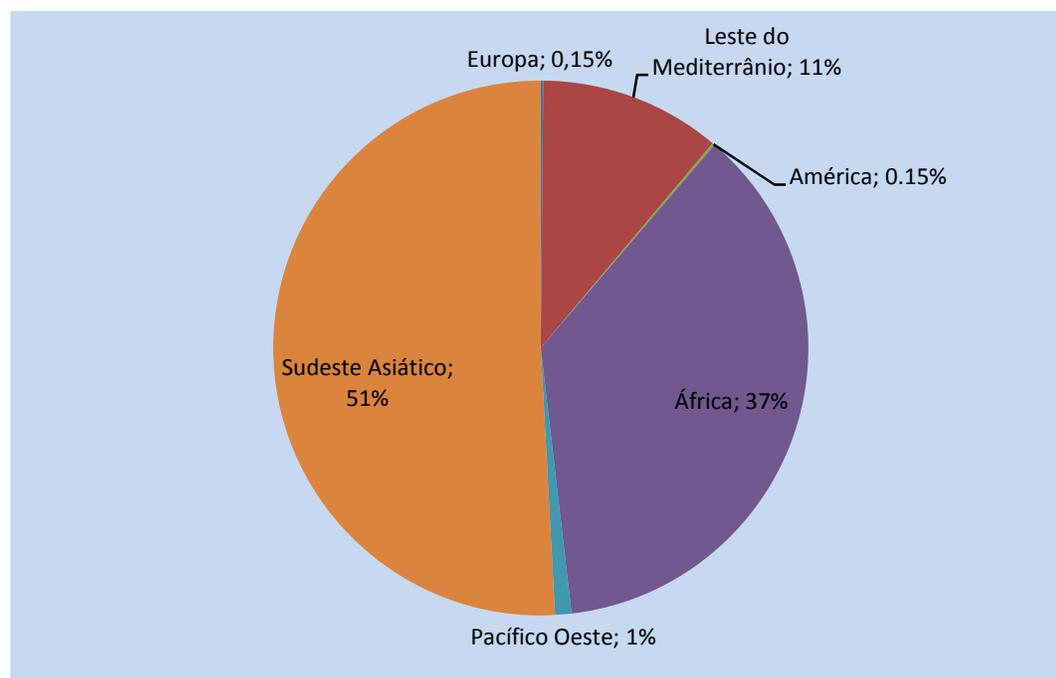
A mesma organização salienta que esta lista está longe de ser exaustiva e pode ser diferente dependendo da região, do país e da comunidade que enfrenta diferentes combinações de problemas.

Segundo relatórios publicados pelo BM (WB, 1993) e pela OMS (WHO 2005a), a vacinação é um instrumento de imunização comprovado no controle e na eliminação de doenças que ameaçam a vida. Esta, associada a estratégias que a tornem disponível às populações menos acessíveis e mais vulneráveis, tem o potencial de evitar mais de dois milhões de mortes por ano. É uma das intervenções de saúde pública com uma taxa mais elevada em termos de custo-efectividade e tem como vantagem a não necessidade de modificação no estilo de vida (WHO, 2005a). A imunização programada, no Programa Alargado de Vacinação (PAV), contra doenças como a tuberculose, o tétano, a difteria, a tosse convulsa, a poliomielite e o sarampo, é uma das maneiras mais significativas, em termos de custo-efectividade, de melhorar a saúde da criança (WB, 1993).

Assim, por mais que haja o crescimento do número de intervenções efectivas e disponíveis para colmatar os problemas de saúde, identificados como necessários para o alcance dos ODM, sugerem que muitos países de baixo rendimento têm uma grande probabilidade de não atingirem os ODM até 2015 e que em alguns deles nem sequer existe a probabilidade de terem um progresso substancial em direcção à persecução destes objectivos (TRAVIS et al. , 2004; BRYCE et al., 2006).

Para alguns, a disponibilidade de vacinas como a do sarampo (principal causadora de mortes) ocorre em tempo útil, protegendo a criança contra a doença e a possível morte, no entanto, outras crianças já não têm a mesma oportunidade (WHO, 2007a). Como ilustrado no *Gráfico 4*, o Sudeste Asiático é representante directo de 51% das mortes por sarampo (17.4000 de mortes estimadas) seguido pela África com 37% (12.6000 de mortes estimadas), em contraste com a Europa e a América que apresentam, cada uma, 0.15% do total das mortes (<1000).

Gráfico 4: Distribuição da mortalidade no mundo provocada pelo sarampo, por região da OMS, entre 1999 e 2005



As crianças menores de cinco anos representaram 90% do total das mortes em 2005

Fonte: Wolfson et al. (2007)

Esta desigualdade em receber intervenções práticas e de baixo custo mencionadas anteriormente, continua a apresentar-se nouro tipo de cuidados de saúde, como podemos observar nos dados apresentados por Lancet (2003), onde cerca de 26% das crianças menores

de 2 anos no mundo estão sem vacinação contra a difteria, a pertussis e o tétano; 28% não recebem terapia de hidratação oral, como recomendado para a diarreia; 40% não recebem tratamento antibiótico apropriado para a pneumonia; 58% não recebem amamentação exclusiva durante os primeiros 4 meses de vida; 52% não recebem suplemento de vitamina A; 32% não têm acesso ao sal iodado; e 25% têm desnutrição, que contribui indirectamente para 60% da mortalidade. Ou ainda, em 2005, cerca de 43% das crianças menores de um ano, no Pacífico Oeste, não receberam a primeira dose de vacinação contra o sarampo e 63% das crianças menores de 15 anos não receberam a segunda dose, enquanto que na Europa somente 2% das crianças menores de um ano não têm a primeira dose (Tabela 1).

Tabela 1: Estimativas do número de crianças não vacinadas com a primeira e segunda dose contra o sarampo, por regiões da OMS em 2005

Regiões	Número (%) de crianças menores de 15 anos sem a primeira dose	Número (%) de crianças menores de 15 anos sem a segunda dose
África	9.055 (31%)	102.280 (17%)
América	1.216 (4%)
Leste do Mediterrâneo	2.547 (9%)	84.512 (14%)
Europa	694 (2%)	...
Sudeste Asiático	12.611 (43%)	413.457 (67%)
Pacífico Oeste	3.187 (11%)	17.885 (3%)
TOTAL	29.310 (100%)	618.134 (100%)

Fonte: Wolfson et al. (2007)

A erradicação das doenças infantis “preveníveis” com a vacinação somente ocorrerá quando esta for assegurada a todas as crianças. A eliminação de uma doença é realizada localmente, já a sua erradicação somente pode ser atingida quando esta é eliminada globalmente. A erradicação apresenta algumas vantagens sobre o controle como, por exemplo, do ponto de vista económico – além de eliminar a doença, também elimina a necessidade de vacinação (BARRET, 2004).

Desta forma, a contínua redução da mortalidade infantil e a consecução dos ODM dependem da difusão da prestação de intervenções eficazes e sustentáveis, em especial a países pobres (VICTORA et al., 2003; BRYCE et al., 2006), acções estas que são condicionadas a um sistema de saúde consolidado, (WHO, 2007a), visto que um sistema

equitável, eficaz e eficiente é crucial para promover mais equidade no acesso a intervenções efectivas (TASK FORCE ON HEALTH SYSTEMS, 2004).

1.2.2- Eficácia das Iniciativas Globais de Saúde

Durante o processo de transição da saúde infantil, descrita no item anterior, ocorreram importantes mudanças no cenário da saúde global. No final da década 40 foi constituída a Organização das Nações Unidas (ONU), momento em que existiam poucos actores a participarem no processo da ajuda na área da saúde e a actuação do sector privado e das ONGs eram mínimas. Os actores tradicionais como, por exemplo, a OMS, fundada em 1948, dominavam as políticas de saúde internacional até meados da década de 80. A partir do final do século XX deu-se um aumento do número de actores interessados nas atividades de saúde (WALT e BUSE, 2006; HANEFELD, 2008).

Em 2000, com a assinatura da *Declaração dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio*, o qual apresenta o desafio de atingir os seus objectivos até 2015, juntamente com a preocupação das enormes barreiras enfrentadas pelos países mais pobres, ocorreu um crescimento significativo no campo da saúde global (TRAVIS, *et al.*, 2004). Uma parte deste crescimento é atribuída à formação e proliferação de alianças e parcerias globais, algumas destas nomeadas como *Iniciativas Globais de Saúde* (GHIs) (TRAVIS *et al.*, 2004; WALT e BUSE, 2006; HANEFELD, 2008).

As GHIs incluem estados e parceiros não governamentais, envolvem um novo fundo ou *pool* de fundos, são voltadas a uma determinada doença e dirigidas por uma estratégia ou grupo de intervenções (CAINES e KENT, 2004). Definidas por Hanefeld (2008) como uma ajuda programada de um ou vários parceiros com uma orientação sectorial, sub-sectorial ou temática, usando uma estrutura de gestão vertical com uma aproximação comum de financiamento, recursos, coordenação e/ou implementação das respectivas actividades e cobertura de vários países em mais de uma região do mundo.

As GHIs emergiram como um novo modelo de ajuda ao desenvolvimento na luta contra doenças em países de baixo e médio rendimento (HANEFELD *et al.*, 2007; HANEFELD, 2008) e actualmente representam mais de 1.000 membros no *Global Health Initiative of the World Economic Forum* (WALT e BUSE, 2006). Estas iniciativas desenvolveram-se rapidamente e tiveram sucesso no *pool* de consideráveis quantias para novos fundos de financiamento (HANEFELD, *et al.*, 2007; HANEFELD, 2008), a canalizar uma considerável quantia da ajuda oficial total (TIMMERMANS *et al.*, 2007). Segundo dados do relatório de 2005 do *Comité Mundial para a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento*,

aproximadamente 10% da ajuda oficial ao desenvolvimento era voltada para a saúde, de um total de 100 bilhões dólares, dados referentes ao ano de 2003 (WB, 2006).

Segundo Timmermans et al. (2007), estas iniciativas tiveram o seu desenvolvimento, por várias razões, como por exemplo, o reconhecimento da necessidade do fornecimento de bens públicos globais, o crescimento da conscientização das ameaças públicas globais como o HIV/SIDA, a eficácia limitada da ajuda aplicada por organizações de ajuda *tradicionais*, e a percepção dos doadores sobre a necessidade de atenção que certos sectores da saúde não estavam a receber. Ainda conforme a mesma autora, as GHIs também podem ser vistas como um esforço no alinhamento e harmonização da ajuda a representar um novo e importante modelo para dirigir questões de saúde global e fornecer ajuda no desenvolvimento da saúde.

As GHIs têm o potencial de: apresentar alguns impactos positivos em países que beneficiam das mesmas, como a melhoria da transparência e o fortalecimento da capacidade dos sistemas de monitorização, devido à ênfase por vezes dada ao financiamento baseado na performance; apresentar a ascensão da atenção para problemas de saúde específicos, a nível nacional e internacional; focar a atenção em problemas de saúde importantes como a poliomielite e outras doenças que até então eram negligenciadas; possibilitar progressões no combate à SIDA; e um impacto potencialmente significativo na equidade de acesso aos serviços de saúde, à prevenção e aos cuidados de doenças específicas (HANEFELD et al., 2007).

Entretanto, também oferecem um impacto potencialmente negativo como, por exemplo, as prioridades determinadas por uma GHIs num país podem não corresponder à realidade dos seus problemas; podem contribuir para a instabilidade económica do país; a priorização de algumas doenças pelos doadores como, por exemplo, o HIV/SIDA pode deslocar a ajuda de outros problemas de saúde (LORENZ, 2007; SHIFFMAN, 2008).

As principais iniciativas, em termos de proporção de fundos e influência política, são:

- a) *O Fundo Global para a SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)*;
- b) *O Stop TB*;
- c) *O Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPRFAR)*;
- d) *O Multilateral AIDS Programme (MAP) do Banco Mundial*;
- e) *A Iniciativa Presidencial Contra a Malária (PMI)*;
- f) *A Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização (GAVI) (TIMMERMANS et al., 2007)*.

Nos últimos 30 anos decorreram mudanças nas estratégias de actuação internacional e a tentativa de conciliação entre a abordagem vertical (foco selectivo) e a abordagem horizontal (foco compreensivo) (TRAVIS et al., 2004; LAWN et al., 2008; LEWIN et al., 2008). Muitas das iniciativas globais para atingir os ODM têm as suas atenções voltadas para doenças ou serviços específicos, e a respectiva prestação de serviços é umas vezes realizada de forma vertical⁷ e outras de forma horizontal⁸ (TRAVIS et al., 2004). A existência de um ênfase pelos doadores na prestação de intervenções custo-efectivas resultou num crescimento de programas específicos, frequentemente promovidos em países com uma capacidade limitada de prestação de serviços (TRAVIS et al., 2004).

Entretanto, recentemente um renovado interesse na atenção primária à saúde vem sendo apresentado, em particular em países de baixo e médio rendimento, como forma de prestação das intervenções custo-efectivas para atingir a visão da Declaração de Alma-Ata⁹. Esse interesse pode ser atribuído à existência de inequidade de saúde na população, à inadequação na progressão em direção à consecução dos ODM, à falta de recursos humanos necessários para a melhoria da prestação de intervenções custo-efetivas a população e ao estado frágil e fragmentado dos sistemas de serviços de saúde em muitos países (LEWIN et al., 2008).

Adicionalmente a este interesse, existe um aumento do consenso de que os constrangimentos enfrentados pelos sistemas de serviços de saúde impedem a implementação da maioria das GHIs e a consecução dos ODM, impedindo consequentemente a obtenção de melhores resultados de saúde (TASK FORCE ON HEALTH SYSTEMS, 2004; TRAVIS et al., 2004; WHO, 2007b).

⁷ A abordagem vertical tem o intuito de dar solução a um problema de saúde específico através da utilização de medidas individualizadas com um único propósito. Normalmente está associada à campanha em massa para controle de doenças comunicáveis como, por exemplo, a tuberculose. Tende a apresentar objectivos bem definidos concernentes ao controle ou à erradicação de uma única doença ou doenças limitadas (MILLS, 1983). Utiliza recursos humanos, sistemas de planeamento, gestão e financiamento separados dos sistemas de serviços de saúde (TRAVIS et al., 2004).

⁸ A abordagem horizontal tem o intuito de lidar com os problemas de saúde como um todo a longo prazo. Tem o intuito de prover serviços de promoção, prevenção e cura (MILLS, 1983). Utiliza sistemas de serviços de saúde existentes (TRAVIS et al., 2004).

⁹ Conferência sobre atenção primária à saúde decorrida em Alma Ata, capital do Cazaquistão, em Setembro de 1978. Considerada como um evento histórico por ser a primeira vez que representantes dos países de todo o mundo se encontraram com o intuito de definir uma estrutura de referência para promover a saúde para todos, e de também pela primeira vez alguns problemas encontrados na prestação dos cuidados de saúde em alguns países mais pobres terem sido tomados em consideração (ITALIAN GLOBAL HEALTH WATCH, 2008)

1.2.3- Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde

De acordo com o *Banco Mundial* (WB, 2006), os esforços nos últimos 50 anos em melhorar a saúde de adultos e crianças de países de baixo e médio rendimento podem ser divididos em vários períodos, desde o suporte a doenças específicas até ao suporte dos sistemas de serviços de saúde. De um lado, a ênfase dada a uma doença específica lida com soluções implementadas em programa específico, obtendo mudanças a curto prazo. Já a ênfase nos sistemas identifica diferentes grupos de prioridades de reforma, relacionados com mudanças nos níveis dos sistemas, e deparam com a gestão de múltiplas doenças e condições, tendo consequentemente acções e resultados a longo prazo.

Os sistemas de serviços de saúde podem ser definidos como a inclusão de todas as organizações, instituições e recursos devotados a produzir acções que visam principalmente a melhoria, manutenção ou restauração da saúde (WHO, 2005c). Envolve um grande número de indivíduos, instituições e acções que ajudam a assegurar a prestação de serviços de forma eficaz, o uso amplo de produtos e informações para a prevenção, o tratamento, o cuidado e a assistência das populações que necessitam destes serviços (GLOBAL FUND, 2008).

A melhoria da saúde não é o único objectivo principal dos sistemas de serviços de saúde, apresentando-se outros como:

- Melhorar a saúde da população (tanto em nível quanto em equidade);
- Responder às expectativas da população;
- Equidade na contribuição financeira com protecção contra os riscos financeiros (WHO, 2000; WHO, 2005c)

Os serviços de sistemas de saúde são mais do que as instituições hospitalares, instituições de prestação de serviços e do que somente o sector público. Incluem a pirâmide das instalações de saúde, os recursos associados que prestam serviços de saúde individuais, e também acções não individuais de saúde como, por exemplo, as campanhas de utilização do cinto de segurança ou de anti-tabagismo. Reflectem igualmente a respectiva sociedade e desenvolvimento, precisando por isso de ser conduzidos, não somente por resultados, mas por valores partilhados (WHO, 2005c).

Actualmente, pode-se dizer que existe um aumento no consenso de que a melhoria dos sistemas de serviços de saúde é essencial para conseguir melhores resultados na saúde (WHO, 2005c). Como referido pelo BM em 1996 (WB, 1996), os sistemas de serviços de saúde necessitam de ser fortalecidos no sentido de providenciar as intervenções com eficiência e

igualdade. Os constrangimentos vivenciados entre os países são mais comumente identificados nas áreas de recursos humanos, financiamento, sistemas de suprimento e medicamentos e produção e utilização de informação (TRAVIS et al. 2004; WB, 2006).

Como resultado, muitas das GHI's estão actualmente a investir em determinados aspectos dos sistemas de serviços de saúde, particularmente em problemas tais como recursos humanos em saúde. Não obstante, a extensão com que as GHI's podem ter um papel explícito no fortalecimento dos sistemas permanece uma questão para debate a nível de gestão. Por exemplo, os membros do conselho da *Aliança GAVI* diferem extensamente sobre a decisão de abrir um fundo para os sistemas de serviços de saúde. Outro exemplo é o papel dos *Fundos Globais* no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, o qual tem sido um assunto de cinco anos de discussão entre os membros de seu conselho (WHO, 2008a).

Conforme apontado pela OMS (WHO, 2008a), em linhas gerais, as principais GHI's tal como a *Aliança GAVI*, os *Fundos Globais* e o PEPFAR estão a apoiar os sistemas de serviços de saúde em três formas:

- Através do financiamento directo dos componentes dos sistemas de serviços saúde;
- Através das externalidades positivas que derivam do auxílio prestado aos programas de doenças específicas;
- Através dos benefícios económicos e outros que resultantes por meio da redução da carga das doenças prioritárias.

O fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde (HSS) refere-se a actividades e iniciativas para melhorar os seus componentes críticos, sistematizados pela OMS como *Building Blocks*, e à gestão das interacções entre estes componentes de modo a alcançar uma maior equidade, sustentabilidade e melhores resultados de saúde. Para isso, é necessário conhecimento, acção técnica e acção política (WHO 2007b; 2007c).

O *Building Blocks* é um quadro de referência utilizado pela OMS com a finalidade de permitir a definição dos atributos desejados a um sistema de serviços de saúde, promover uma forma de definir as prioridades e identificar falhas no suporte. São divididos em: Recursos Humanos, Informação, Prestação de Serviços de Saúde, Produtos Médicos, Vacinas e Tecnologias, Financiamento, Liderança e Governança (WHO, 2007b; LEWIN et al. 2008).

Conforme os dados apresentados por Lewin et al. (2008), obtidos através de uma revisão sistematizada sobre as evidências no efeitos de intervenções com o intuito de melhorar a prestação de serviços custo-efetivos na atenção primária em países de baixo e médio rendimento, a maioria dos estudos seleccionados deparavam-se principalmente com a avaliação do efeito das intervenções nas áreas de govenancia, financiamento ou processo de

prestação de serviços na atenção primária à saúde, do que do efeito da implementação destas estratégias em geral. A maioria dos estudos debatia sobre a qualidade nos cuidados e formas de melhoria da cobertura e do acesso da população. Poucos estudos referiam-se à equidade e ao custo-efetividade, nenhum sobre as intervenções que explicitamente melhoravam a actividade inter-sectorial e/ou a participação comunitária na atenção primária à saúde. Apenas um estudo focalizava intervenções que têm o potencial de melhorar o sistema de referência na atenção primária. Os mesmos autores apontam a necessidade de melhorar a evidência sobre o fortalecimento dos serviços de sistemas de saúde, a qual é necessária para o apoio tanto na tomada de decisões políticas como na prática.

1.3- Quadro de Referência

Segundo a OMS (WHO, 2007b), as falhas nos resultados desejados em saúde continuam a ocorrer, contrariamente ao aumento dos insumos existentes como vacinas, medicamentos e tecnologia para a cura de doenças e/ou o prolongamento de vidas. Através da reflexão do desequilíbrio entre a potencialidade das intervenções existentes e o potencial dos sistemas de serviços de saúde dos países em maior necessidade, foi desenvolvida uma estrutura para direccionar a acção tida como urgente e necessária de melhorar a performance dos sistemas. A estrutura apresentada pela OMS como *Bulding Blocks*, é utilizada como forma de permitir a definição dos atributos desejados a um sistema de serviços de saúde, promover uma forma de definir as prioridades e identificar falhas no suporte.

Segundo a mesma organização, não existe uma melhor prática que possa ser utilizada como modelo para a melhoria da performance dos sistemas, podendo-se no entanto encontrar certas características em comum nos sistemas que apresentam uma boa performance como, por exemplo, o facto de operarem com sistemas financeiros auto-suficientes e/ou com profissionais que têm as competências necessárias e a motivação apropriada.

Assim um sistema de serviços de saúde adequado apresenta alguns componentes críticos em comum:

- **Prestação de Serviços (PS):** prestam intervenções individuais e não-individuais com eficácia, segurança e qualidade àqueles que necessitam, quando e onde necessárias, com um mínimo de desperdício de recursos;
- **Recursos Humanos em Saúde (RHS):** exercem o trabalho de forma a responder às necessidades da população justa e eficientemente, no sentido de conseguirem os

melhores resultados de saúde possíveis, dado os recursos disponíveis e as circunstâncias;

- **Informação (INF):** assegura a produção, análise, disseminação e uso da informação de confiança de forma oportuna para fornecer informações sobre os determinantes de saúde, o desempenho do sistema de saúde e o estado de saúde da população;
- **Produtos Médicos e Vacinação e Tecnologia (PMVT):** assegura o acesso equitativo aos produtos, às vacinas e às tecnologias médicas essenciais de qualidade, seguros, eficazes e custo-efectivos;
- **Financiamento (F):** possibilita a reunião de fundos adequados para a saúde, de forma a assegurar que a população possa utilizar os serviços necessários, e esteja protegida de catástrofe ou do empobrecimento financeiro associado à necessidade de ter que o pagar;
- **Liderança e Governança (LG):** assegura uma estrutura política e estratégica combinada a uma supervisão eficaz, provisão de regulação e incentivos, atenção a projecção do sistema e responsabilidade (WHO, 2007b).

Assim, para realizar o presente estudo, foi utilizado o quadro conceptual apresentado na Figura 1, o qual propícia uma maior compreensão da dinâmica de reflexão. Pretende-se ilustrar a possível abrangência do impacto das intervenções propostas para melhoria das principais funções dos Sistemas de Serviços de Saúde (SSS) nas áreas de cuidados da saúde e de sistemas de serviços de saúde (referindo-se à gestão da saúde), conforme a pontuação a ser dada pelos especialistas.

Para efeito de ilustração, escolheu-se uma intervenção proposta por um dos 35 países (“Formação de 30 parteiras”), a qual não foi apresentada aos especialistas para pontuação, e dividiu-se esta análise da abrangência do possível impacto em três fases:

1º Fase: Os insumos (inputs) são todos os meios utilizados por um processo para produzir o seu produto (JURAN, 1992). No caso deste estudo, o principal insumo a ser referido é o recurso financeiro fornecido pela Aliança GAVI para o fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde em 35 países, que possibilitou a implementação das 805 intervenções (destas, 81 foram avaliadas neste estudo). Destas, a intervenção “Formação de 30 parteiras” foi adoptada como exemplo no quadro referencial a seguir (Figura 1).

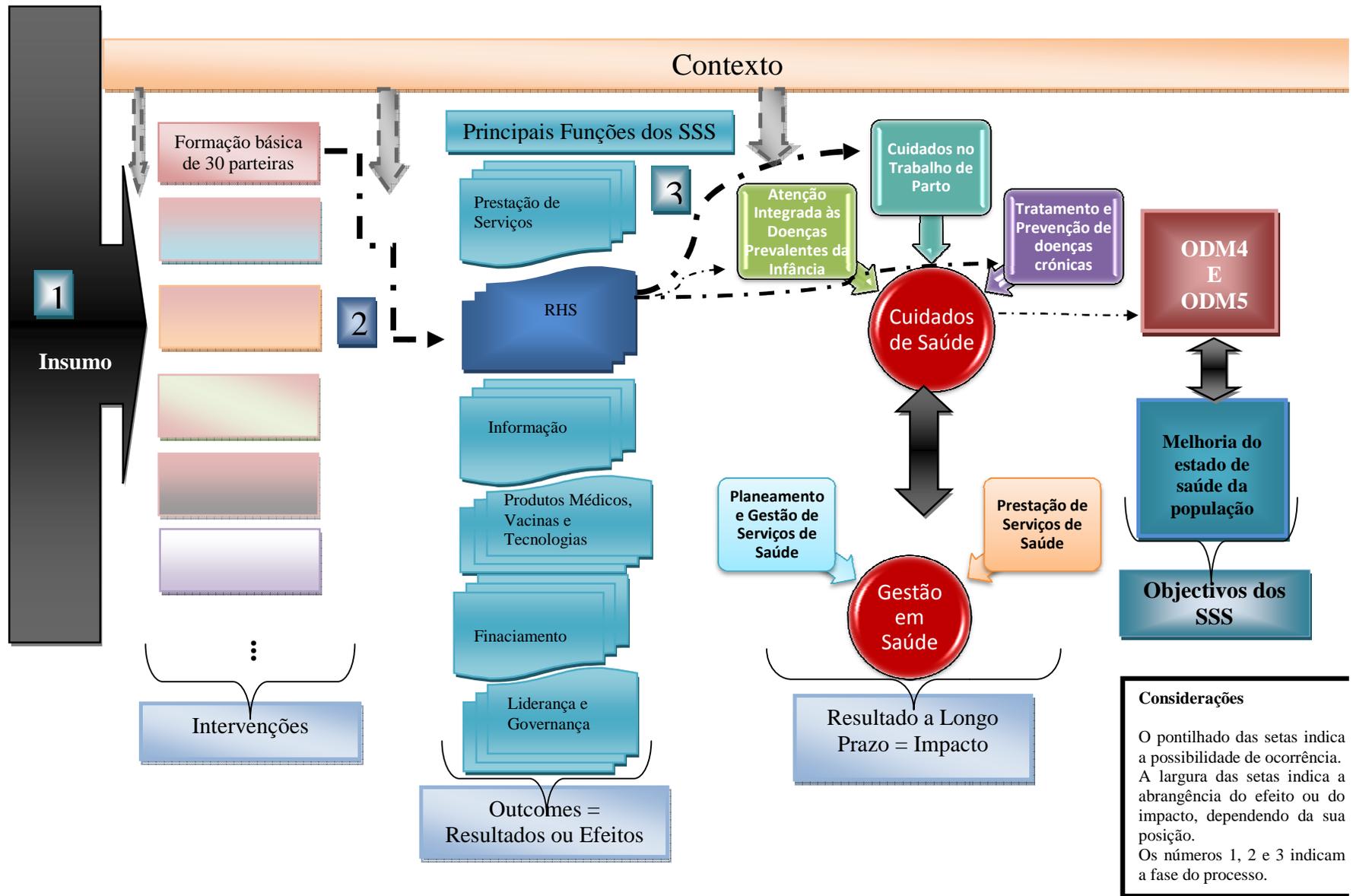
2º Fase: O produto (Output) desta intervenção (“30 parteiras formadas”), considerado como benefício total ou efeito produzido enquanto resultado do uso de certos recursos (WHO, 1995), propiciou um efeito numa das principais funções do SSS, os “Recursos Humanos em Saúde” (RHS).

3º Fase: O *outcome* (a melhoria do conhecimento destas 30 parteiras) que é o resultado final ou efeito do processo esperado (WHO, 1995) a pequeno e médio prazo, por sua vez, apresentará um impacto (mudanças significativas a longo prazo), com diferentes abrangências, nas Áreas dos Cuidados de Saúde.

O *Impacto* (resultados a longo prazo) que são mudanças duradouras ou significativas (positivas ou negativas), planeadas ou não, provocadas por determinada acção ou série de acções (OXFAN, 2002) apresentar-se-á nos “Cuidados no Trabalho de Parto”. Este contribuirá para o aumento da capacidade de prestação de serviços, por conseguinte ao alcance da melhoria da saúde da população, através da redução da mortalidade infantil (ODM4) e da melhoria da saúde materna (ODM5).

Torna-se importante salientar que a área dos sistemas de serviços de saúde neste estudo refere-se às áreas de Gestão em Saúde.

Figura 1: Quadro referencial

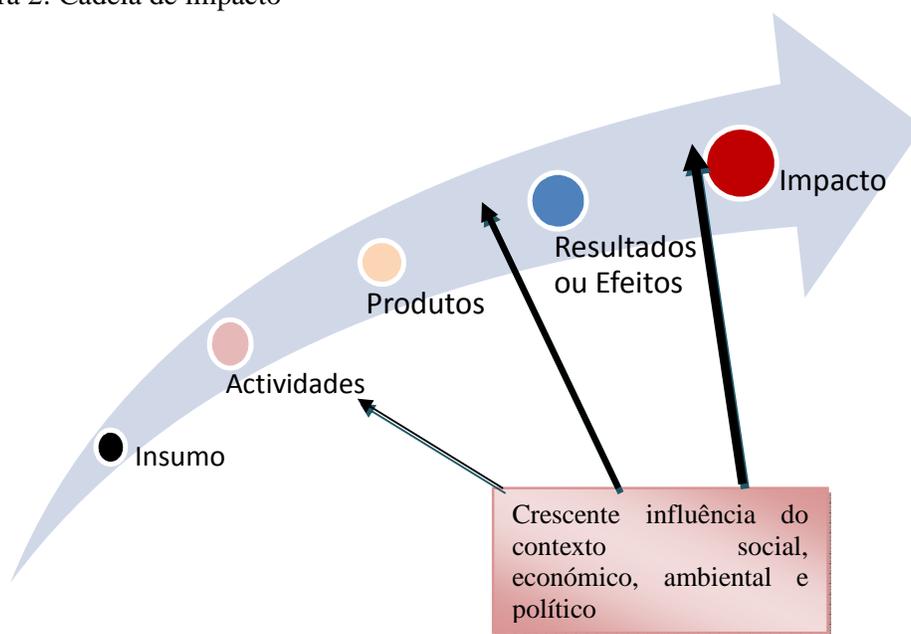


Fonte: adaptado do GAVI Alliance (2005); WHO (2005c); OXFAM (2002)

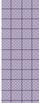
O modelo de avaliação das mudanças adoptado neste trabalho apresenta uma noção linear de mudança, o que admite que um insumo **A** conduz a um resultado **B** e a um efeito/impacto **C**. Entretanto, conforme referido por *Oxfam* (2002), tem sido apresentado actualmente um crescente interesse nos modelos não-lineares, onde **A** e **B** se podem influenciar mutuamente acrescentando resultado no mesmo insumo, o que produz resultados divergentes e possivelmente inesperados. Isto significa que a mudança que ocorre depende de eventos específicos e das condições presentes em determinada situação, bem como da atividade a ser executada.

Considerando a mesma organização, embora seja útil a distinção entre resultado/efeito e impacto, na prática pode não ser tão clara, e a importância e influência do contexto social, económico, ambiental e político varia conforme a posição do item a ser analisado (insumos, produtos, resultados) na cadeia do impacto, como ilustrado na *Figura 2*. Assim, pela dificuldade de analisar os diferentes contextos existentes em cada intervenção, não foi possível no estudo verificar a influência do contexto na execução das intervenções.

Figura 2: Cadeia de impacto



Fonte: Adaptado da Cadeia de Impacto de Oxfam, (2002).



CAPÍTULO 2- OBJETIVOS DO ESTUDO

CAPÍTULO 2- OBJECTIVOS DO ESTUDO

2.1- Questões de Investigação

1. As intervenções propostas pelos 35 países aprovados ao Fundo da GAVI HSS, de Outubro de 2006 a Outubro de 2007, podem ter um possível impacto noutras áreas, para além da imunização?
2. Caso ocorra o impacto, de que maneira poderá este influenciar as áreas dos cuidados de saúde (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, Cuidados Durante o Trabalho de Parto e Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas)?
3. Caso ocorra o impacto, de que maneira poderá este influenciar as áreas de sistemas de serviços de saúde (Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde)?

2.2.1- Objectivo Geral

Conhecer e analisar o possível impacto das actividades propostas por 35 países ao fundo da *Aliança Global de Saúde para Vacinação e Imunização para o Fortalecimento dos Sistemas de Serviços de Saúde* (GAVI HSS), no período compreendido entre Outubro de 2006 a Outubro de 2007, noutras áreas para além da vacinação.

2.2.2- Objectivos Específicos

- Identificar o possível impacto das actividades propostas em três grandes áreas de cuidados (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, Cuidados Durante o Trabalho de Parto e Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas);
- Identificar o possível impacto das actividades propostas em duas áreas dos sistemas de serviços de saúde (Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde);
- Identificar de que forma possivelmente este impacto poderá influenciar as três grandes áreas de cuidados;
- Identificar de que forma este impacto poderá influenciar as duas áreas de sistemas de serviços de saúde.



CAPÍTULO 3 - MÉTODOS

CAPÍTULO 3- MÉTODOS

3.1- Enquadramento Epistemológico

O presente estudo pode ser classificado quanto: à natureza, aos objetivos, à forma de abordagem do problema e aos procedimentos técnicos utilizados (SILVA e MENEZES, 2001).

Quanto à natureza: apresenta uma abordagem indutiva, a qual se aproxima dos fenómenos e caminha, na maioria das vezes, para planos cada vez mais abrangentes, das constatações mais particulares às leis e teorias (LAKATOS e MARCONI, 1992).

Quanto aos objectivos: o estudo pode ser classificado como um estudo formulador ou exploratório, pois tem como objectivo a formulação de um problema para investigação ou para a criação de hipóteses; a fim de aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do fenómeno que deseja investigar em estudos posteriores (GIL, 2002).

Quanto à forma de abordagem do problema: terá uma abordagem qualitativa-quantitativa, para a obtenção de um conhecimento mais abrangente sobre o tema. O estudo quantitativo pode ser considerado como uma forma de analisar os problemas da sociedade ou humanos, baseando-se em testar uma teoria composta por variáveis, medida por números e analisada por metodologias estatísticas, com o objectivo de determinar se a generalização desta pode ser aceita (CRESWELL, 1994; VÌCTORA, 2000). Já os métodos qualitativos são basicamente úteis para entender o contexto onde o fenómeno ocorre. Estes podem ser entendidos como um processo de análise e compreensão de um problema social ou humano, através da construção de uma visão holística e complexa, expressa por palavras que reportam detalhadamente as informações obtidas (CRESWELL, 1994; VÌCTORA, 2000).

Quanto aos procedimentos técnicos: devido à falta de base científica e insuficiência de recursos para realização de uma avaliação real, após verificação das opções metodológicas foi escolhida a técnica Delphi. Tem como objectivo atingir uma convergência de opiniões entre especialistas sobre o tema em estudo. Esta técnica é mais utilizada em casos onde a obtenção de previsões confiáveis é necessária não estando evidências ou dados disponíveis (JONES e HUNTER, 1995; MURPHY et al., 1998; BOURGEOIS et al., NA). Conforme apontado por Villiers et al.(2005 apud CRITCHER e CLADSTONE, 1998), a técnica Delphi apresenta ambas as metodologias, qualitativa e quantitativa.

3.2- A Técnica Delphi

Antes de apresentar a “técnica Delphi”, é importante realçar que vários autores divergem em relação a alguns tópicos como: origem, início da sua utilização, nomenclatura para designá-la, até mesmo quanto às suas características principais. Contudo, esta técnica é recomendada quando não se dispõe de dados quantitativos ou quando estes não podem ser projectados para o futuro com segurança (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

Este subcapítulo debruça-se sobre a revisão da literatura concernente à técnica Delphi convencional. Sempre que julgado relevante, são adicionadas informações respeitantes às variações encontradas na técnica “moderna”¹⁰.

Como descrito por Mullen (2003), a técnica Delphi tem apresentado nos últimos anos diversas nomenclaturas: (o) Delphi, (o) Método Delphi, Investigação Delphi, (o) Processo Delphi, a Metodologia Delphi, a Abordagem Delphi, (a) Técnica Delphi, Questionário Delphi, Conceito Delphi, Aplicação Delphi, o Perito Delphi, Método de Consulta, Inquérito Delphi, Painéis Delphi, a Técnica do Painel Delphi, o Método do Painel Delphi, a Técnica do Questionário Delphi, a Consulta Delphi e Investigação Delphi. Nesta tese utilizar-se-á a nomenclatura “técnica Delphi” com o intuito de que a mesma seja compreendida como uma técnica ou ferramenta utilizada para proceder à recolha de informação necessária para o alcance dos objectivos aqui propostos.

Segundo Harold (1974), a técnica Delphi foi desenvolvida no final da década de 40, nos Estados Unidos, como um método sistemático para elucidar a opinião de especialistas numa variedade de tópicos. Astigarraga (NA) nomeia como autores da técnica Helmer e Gordon da *RAND Corporation*. A técnica foi disseminada no início da década de 50 (PIOLA et al., 2002 apud LINSTONE e TUROFF, 1975) e inicialmente utilizada em temas internacionais e militares, desenhada para avaliar os resultados prováveis da guerra nuclear para os Estados Unidos (LINSTONE e TUROFF, 2002).

O nome Delphi tem origem num oráculo localizado na antiga civilização Grega. De acordo com a lenda, Apollo era o mestre de Delphi, famoso perante toda a Grécia pela sua habilidade de prever o futuro. Aqueles que consultavam o oráculo traziam presentes, tornando assim Delphi um dos lugares mais ricos e mais influentes na Grécia (UNIVERSITY OF WISCONSIN-EXTENSION, 2002). Outra versão da lenda diz que aqueles que desejavam saber sobre o futuro recolhiam-se numa câmara especial profunda, dentro de um templo dedicado ao Deus Apollo situado na cidade de Delphi. Estes escutariam uma mulher em

¹⁰ Denominação relativa a todas as alterações da técnica encontrada.

estado embevecido (“Pythia”), que apresentava as mensagens proféticas dos deuses aos sacerdotes do templo, os quais traduziram as declarações até então incompreensíveis. Assim, os antigos sacerdotes eram os “especialistas” em interpretar as mensagens da Pythia sobre o futuro (DAVIS, 1910).

A técnica Delphi pode ser considerada como uma ferramenta de investigação que procura um consenso de opiniões num grupo de especialistas (MARTINO, 1983). Esta desempenha um papel importante na avaliação qualitativa da evidência, com a derivação de estimativas quantitativas (JONES e HUNTER, 1995).

De um modo geral, a técnica Delphi pode ser definida como “uma técnica” de estruturação do processo de comunicação grupal não presencial, que possibilita, com eficiência, o exame de problemas complexos (LINSTONE e TUROFF, 2002), a análise de questões específicas e a condução de discussões (GRISI e BRITTO, 2001; PIOLA et al., 2002; BOURGEOIS et al, NA).

Fundamenta-se numa estrutura interactiva que envolve a solicitação sistemática e a comparação dos julgamentos de um grupo de especialistas¹¹ sobre um tópico específico, através do envio de um conjunto de questionários sequenciais cuidadosamente projectados, em rodadas intercaladas com *feedback* a sumarizar as opiniões derivadas das respostas dos questionários anteriores ao grupo de respondentes (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA). As respostas a uma rodada são resumidas e desenvolvidas no questionário da rodada seguinte, que procura o acordo, o desacordo e as introspecções (UNIVERSITY OF WISCONSIN-EXTENSION, 2002). Possibilita, assim, a obtenção de uma opinião colectiva qualificada sobre determinadas questões, a partir deste grupo seleccionado (PIOLA et al., 2002 apud LANDETA, 1999).

A técnica apresenta dois objectivos principais: avaliar o consenso existente (HAROLD, 1974; JONES e HUNTER, 1995) e gerar um consenso entre a discordância existente (JONES e HUNTER, 1995). É empregada na recolha de dados entre os participantes no seu domínio de experiência (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA), como o embasamento de que o julgamento colectivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

A técnica é amplamente utilizada e aceite para atingir a convergência de opiniões, a respeito do conhecimento do mundo real, solicitada aos especialistas de uma determinada

¹¹ Indivíduos seleccionados para participar no estudo por serem considerados especialistas numa dada área relevante para a questão em causa (UNIVERSITY OF WISCONSIN-EXTENSION, 2002).

área. Segundo Piola et al. (2002), ainda que seja amplamente conhecida como um procedimento para previsão devido à sua significativa utilização nesta área, há uma variedade de outras áreas em que pode ser aplicada, como por exemplo:

- Investigação em ciências sociais (PIOLA et al., 2002);
- Planeamento da avaliação do projecto e da análise do benefício de custo, inicialmente utilizada na década de 70 (VÁZQUEZ-RAMOS et al., 2007 apud SHEFER e STROUMSA, 1982);
- Investigação em educação (VÁZQUEZ-RAMOS, et al, 2007 apud EGGERS e JONES, 1998; STAHL e STAHL, 1991);
- Saúde Pública, inicialmente utilizada em particular em cuidados de saúde desde 1970 (SNYDER-HALPERN et al., 2000; PIOLA et al., 2002);
- Educação (VÁZQUEZ-RAMOS et al, 2007 apud FISH e BUSBY, 1996);
- Novas tecnologias; inicialmente utilizada no final dos anos 50 e no princípio dos anos 60 (PIOLA et al., 2002);
- Campo empresarial (PIOLA et al., 2002; HELMER, 1966);
- Campo ambiental (VÁZQUEZ-RAMOS et al., 2007);
- Quando um tópico interdisciplinar está a ser discutido (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA);

Foi difundida da América para a Europa Ocidental, Europa Oriental e Extremo Oriente nos últimos 15 anos (LINSTONE e TUROFF, 2002). Pode ser aplicada para, por exemplo:

- Descobrir divergências de valores de posição dentro de um grupo e existência de um subgrupo com estruturas aberrantes de valores (RESCHER, 1969);
- Determinar quais os valores operativos de um grupo e quais os pesos relativos (RESCHER, 1969);
- Servir como ferramenta na procura de áreas de consenso ou de acordo de valor a respeito de acções e preferências que podem existir, mesmo quando existem conflitos de valores (RESCHER, 1969);
- Recolher dados actuais e históricos não disponíveis ou imprecisos (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000; LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Avaliar alocações de possíveis orçamentos (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Programar, planear e desenvolver políticas (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA)
- Explorar opções de planeamento urbano e regional (LINSTONE e TUROFF, 2002);

- Delinear os benefícios e as desvantagens associadas às potenciais opções políticas (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Desenvolver relação de causa em fenómenos económicos ou sociais complexos (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Distinguir e esclarecer motivações humanas reais e percebidas (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Expôr prioridades de valores pessoais e objectivos sociais (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Realizar previsão de gestão e investigação de operações tecnológicas (HELMER, 1966; VÁZQUEZ-RAMOS et al., 2007);
- Gerar informações apropriadas para tomada de decisão (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA);
- O problema a ser analisado é excessivamente amplo ou complexo de modo que não há conceitos, linguagens ou formas de comunicação capazes de uniformizar o entendimento dos diversos especialistas sobre os temas envolvidos (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Existem restrições de tempo ou recursos que não permitem métodos estruturados de interação entre os envolvidos (LINSTONE e TUROFF, 2002);
- Existem desacordos políticos ou ideológicos entre os envolvidos que impedem um processo de comunicação que não seja conflitivo e eficiente (LINSTON e TUROFF, 2002);
- Existe excessiva heterogeneidade social, económica ou cultural entre os envolvidos de forma que não se consegue evitar dominação por parte de alguns grupos sobre os demais (LINSTONE e TUROFF, 2002).

A consulta ao grupo de especialistas seleccionados ocorre através de um questionário, que é repassado várias vezes até que seja obtida uma convergência das respostas, um consenso¹², que representa uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

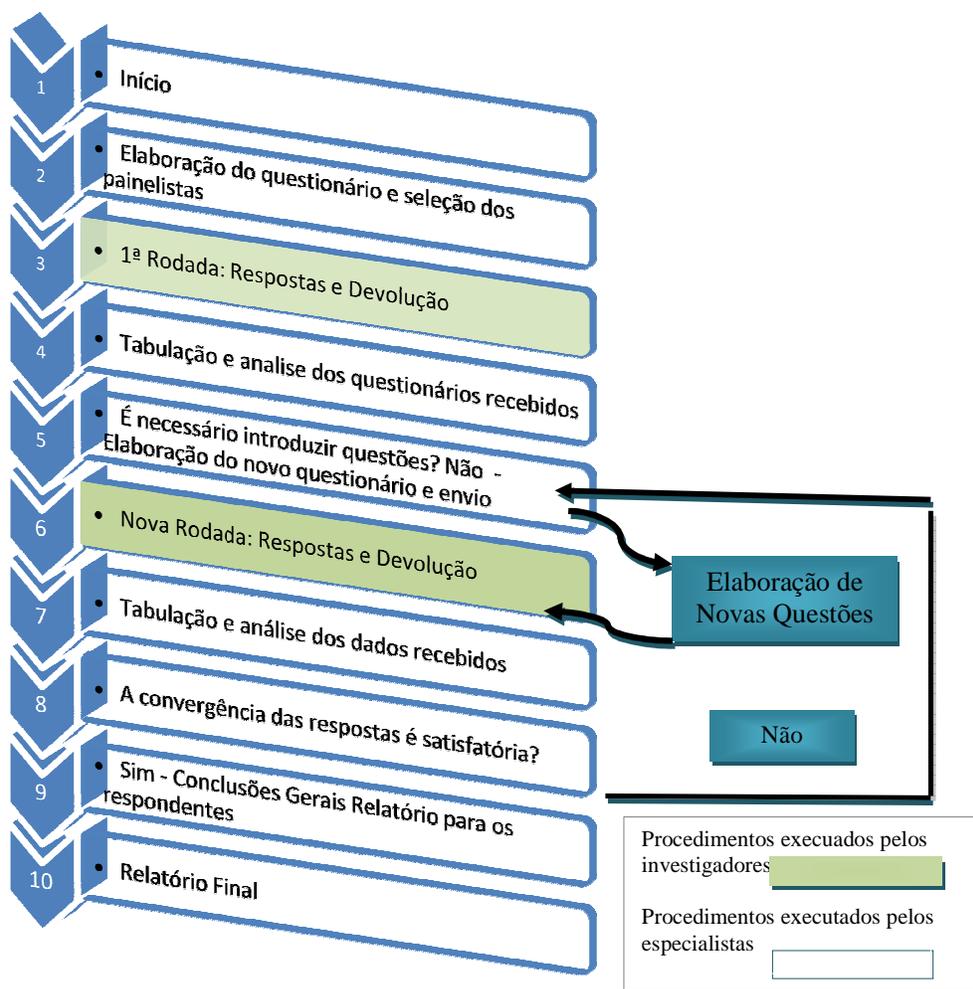
Snyder-Halpern et al. (2000), afirmam que, no formato tradicional, a técnica é utilizada através das seguintes etapas:

1. Um painel de especialistas no tópico em questão é recrutado;

¹² O consenso é o resultado de um processo de interacção grupal, no qual os participantes têm oportunidade de trocar informação entre eles sobre o assunto em questão até atingirem o nível de acordo previamente fixado ou estabelecido pelo grupo (JUSTO, 1995)

2. A cada membro do painel é solicitado que responda ao questionário, individualmente desenhado, para emitir opiniões, estimar ou fazer o prognóstico referente ao tópico em questão;
3. A resposta dos membros do painel é agregada, tabulada, resumida, e retornada para os especialistas;
4. Através da utilização das respostas resumidas do painel de especialistas, cada panelista pode rever a sua posição, comparar com a sumarização dos demais e acrescentar nova informação a qual retornará ao investigador para ser analisada e resumida antes de ser novamente utilizada noutra rodada. Este processo de interação é repetido até que os dados finais reflitam um consenso de opiniões, que é considerado o ponto de vista do painel de especialistas (como ilustrado na Figura 3).

Figura 3: Sequência da aplicação do método Delphi



A técnica Delphi possui três condições básicas que a diferenciam das demais técnicas: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* das respostas do grupo para que os seus participantes possam reavaliar os respectivos julgamentos (ALDLER e ZIGLIO, 1996; SNYDER-HALPERN et al., 2000; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000; CENTER, 2001; LINSTONE e TUROFF, 2002; HSU e SANDFORD, 2007; BOURGEOIS *et al.*, NA). Cada um destes aspectos será explicado a seguir:

Anonimato dos respondentes: permite que os participantes expressem as suas opiniões livre e simultaneamente, reduzindo o efeito da dominância individual. Assim, pode minimizar problemas como viés e influência de factores psicológicos entre os participantes (JONES e HUNTER, 1995; ALDLER e ZIGLIO, 1996; HSU e SANDFORD, 2007).

Feedback controlado: permite a troca de informações entre os diversos participantes e, em geral, conduz a uma convergência rumo a uma posição de consenso, pois ajuda e estimula os participantes a reverem o seu juízo na informação apresentada na rodada anterior, à luz das respostas numéricas e das justificativas dadas pelos demais respondentes (ESTES e KUESPERT, 1976; JONES e HUNTER, 1995; ALDER e ZIGLIO, 1996; HSU e SANDFORD, 2007). Projectado para reduzir “o barulho” entre os participantes (DALKEY, 1967).

Utilização de instrumentos estatísticos: possibilitam uma análise imparcial e objectiva, permitindo deste modo mais do que apenas a informação de um consenso (JONES e HUNTER, 1995; ALDLER e ZIGLIO, 1996; HSU e SANDFORD, 2007)

Nem todos os autores consultados tiveram um consenso quanto ao número de características básicas para a realização da técnica Delphi. Apontadas também como características básicas as **interacções projectadas**, empregues nas múltiplas rodadas, permitem desenvolver um consenso no tópico em discussão (JONES e HUNTER, 1995; ALDLER e ZIGLIO, 1996; HSU e SANDFORD, 2007), e o **assincronismo** entre os respondentes, o que permite ao especialista participar quando e onde deseja (LINSTONE e TUROFF, 2002).

Um dos pontos cruciais no desenvolvimento desta técnica é a escolha de um “bom” grupo de especialistas (LINSTONE e TUROFF, 2002). Especialista pode ser considerado “qualquer indivíduo com conhecimento relevante e experiência num tópico em particular” (THANGARATINAM e REDMAN, 2005 apud CANTRILL et al., 1996). Entretanto, isto dependerá dos objectivos do estudo em questão (THANGARATINAM e REDMAN, 2005).

Helmer (1967) refere-se à difícil tarefa de definir qualificações e medir performance de um especialista passível de ser seleccionado para constituir o painel de peritos. Assim, embora não exista um critério específico estabelecido para determinar a selecção para participar no painel, um indivíduo é considerado elegível quando: tem conhecimento e experiência no tópico em discussão, é capaz de contribuir com informações importantes e está disposto a rever os seus julgamentos iniciais para o propósito do estudo, a fim de se obter um consenso (HSU E SANDFORD, 2007 apud PILL, 1971; OH, 1974).

Evidências indicam que, se o painel é realmente representativo da comunidade de especialistas no tópico em questão, é mais provável que produza projecções iguais às de outro painel de especialistas do mesmo tamanho proveniente da mesma comunidade de especialistas (SNYDER-HALPERN et al., 2000). Entretanto, o critério para decidir o tamanho da amostra do painel de peritos não é fixo, depende do tamanho do projecto, das exigências e do orçamento disponível (ALDLER e ZIGLIO, 1996; HSU e SANDFORD, 2007). Na sua maioria, os estudos Delphi são constituídos por um painel de 10 a 15 especialistas (ALDLER e ZIGLIO, 1996).

O consenso é também referido como um dos pontos principais da técnica de Delphi e a sua definição deve ser determinada cuidadosa e atempadamente à implementação da técnica (VILLIERS et al. 2005; FINK et al., 1984). Não existe uma regra fixa para a definição de consenso (FINK et al., 1984), podendo ser definido como a reunião das respostas em volta das medidas de tendência central (média e mediana) com o mínimo de divergência entre os participantes (VILLIERS et al., 2005 apud MURRY e HAMMONS 1995). Tem vindo a ser discutido que a técnica Delphi é projetada para forçar o consenso. Isto pode ocorrer pela maneira como os dados do questionário são apresentados aos especialistas ou talvez pela maneira como são analisados (THANGARATINAM e REDMAN, 2005).

Apesar de os investigadores que utilizam a técnica Delphi raramente analisarem ou descreverem os esforços investidos pelos membros do painel de especialistas em responder aos questionários, é recomendado que estes não levem mais de uma hora em cada rodada (HAROLD, 1974).

Quanto à construção do questionário, deve-se respeitar alguns critérios: os objectivos devem estar bem definidos; as questões devem ser claras e simples, (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000); e as instruções devem assegurar aos membros do painel um entendimento fácil e um preenchimento rápido (HAROLD, 1974). Caso não sejam respeitados estes critérios, corre-se o risco de se ter um grande número de desistências por parte dos especialistas (HAROLD, 1974).

Quanto ao número de rodadas, o processo de aplicação dos questionários pode continuar até que o consenso total seja alcançado. Tradicionalmente considera-se quatro rodadas como suficientes para a recolha dos dados. Já nas técnicas modificadas o número de rodadas tem vindo a decrescer (SNYDER-HALPERN et al., 2000). Alguns autores consideram três como suficientes para recolher a informação necessária e alcançar o consenso (RUHLAND, 1993), outros não consideram vantajoso ir para além da segunda rodada (HAROLD, 1974), pois torna o processo de rever a mesma questão pela terceira ou quarta vez fastidioso para os participantes (MARTINO, 1983). Assim, é necessário que o pesquisador pondere entre aumentar o risco de desistências dos participantes ou o não alcance do consenso.

A primeira rodada é desenvolvida para introduzir o tópico aos participantes, representa a opinião independente dos especialistas, e é dificilmente publicada como “consenso” (BOURGEOIS et al., NA). As restantes rodadas estão estritamente correlacionadas e permitem aos especialistas reverem as suas respostas à luz das respostas dos outros peritos (BOURGEOIS et al., NA), ao utilizar uma medida de tendência central para cada item.

O tratamento a ser dado a cada questão depende, fundamentalmente, da sua natureza, como, por exemplo:

- as respostas das questões quantitativas recebem um tratamento estatístico simples;
- as questões que perguntam valores podem apresentar média ou mediana;
- as questões que solicitam “votações” podem apresentar as quantidades e os percentuais de membros do painel que optaram por cada alternativa;
- as questões que solicitam justificações e opiniões qualitativas associadas a previsões quantitativas, procuram relacionar os argumentos às projecções quantitativas correspondentes (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

Com o intuito de se poder analisar com uma visão mais crítica a técnica em questão, é necessário conhecer as vantagens e desvantagens da sua aplicação (ver Quadro2).

Quadro 2: Vantagens e desvantagens da utilização da técnica Delphi

Vantagens	Desvantagens
<ol style="list-style-type: none"> 1. Permitir a realização de previsões em situações de carência de dados históricos (MORICOCHI et al. 1995; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud, 1986); 2. O anonimato das respostas e a não existência de encontro presencial reduzem a influência de factores psicológicos e outros factores restritivos da dinâmica de grupo. Como, por exemplo, reduzir o efeito de persuasão, a relutância em abandonar posições assumidas e a dominância de grupos maioritários em relação a opiniões minoritárias (devido ao “status” académico ou profissional do respondente ou à sua capacidade oratória na consideração da validade dos respectivos argumentos) (SNYDER-HALPERN, et al., 2000; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000); 3. A adaptabilidade a diversas estratégias de recolhas de dados (SNYDER-HALPERN et al., 2000); 4. A consulta de um grupo de especialistas traz a análise do problema a nível de informação das pessoas mais bem informadas sobre o assunto; e em geral acarreta um volume muito maior de informação (MORICOCHI, et al., 1995; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 5. O uso de questionários e respostas escritas conduz a uma maior reflexão e cuidado nas respostas, e facilita o seu registo, em comparação com uma discussão em grupo (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 6. Os custos são provavelmente menores do que aqueles associados à reunião física de um grande grupo de especialistas, apesar de o custo de preparação ser maior. Com o envio de questionários por correio ou outro meio, não há custos de deslocamento de pessoal, e os especialistas podem responder sem a restrição de conciliar agendas para uma reunião (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 7. Possibilita cobrir um grande grupo de especialistas e sem limites geográficos (VILLIERS et al., 2005). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A dificuldade de definir e encontrar o painel de especialistas para um determinado tópico (SNYDER-HALPERN, et al., 2000) 2. A selecção da amostra de especialistas e tratamentos dos resultados estatisticamente não aceitáveis (MORICOCHI et al., 1995; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 3. Excessiva dependência dos resultados em relação à escolha dos especialistas, com a possibilidade de introdução de viés pela escolha dos respondentes (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 4. A dificuldade de se redigir um questionário sem ambiguidades e não enviesado sobre tendências futuras (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 5. O tempo prolongado necessário para a sua realização, em especial, em casos de envio do questionário por correio (SNYDER-HALPERN et al., 2000; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986); 6. Desistência não anunciada de alguns participantes, sendo comum que, entre a primeira e a última rodada, o abandono gire em torno de 50% dos participantes originais (VILLIERS et al., 2005); 7. Há a possibilidade de forçar o consenso indevidamente, pois os respondentes, se não correctamente orientados, podem acreditar que o objectivo é obrigatoriedade de consenso e sentir-se-ão forçados a tal (MORICOCHI et al., 1995; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000 apud WRIGHT, 1986).

Para a potencialização da utilização da técnica foram identificadas algumas estratégias no sentido de reduzir possíveis riscos (SNYDER-HALPERN et al., 2000):

1. Recrutar um painel de especialistas representativo;
2. Obter o acordo dos especialistas em participarem do painel;
3. Explicar o procedimento da técnica na íntegra;
4. Evitar questões muito ou pouco estruturadas;
5. Fazer questões simples;
6. Ser sensato quanto ao número de questões;
7. Explorar áreas de discordância;
8. Evitar inserir opiniões do moderador no feedback dado ao painel;
9. Evitar subestimar o peso das respostas dos especialistas e os factores fatigantes;
10. Planejar tempo suficiente entre as rodadas (habitualmente um mês de intervalo);
11. Evitar sobregeneralização dos resultados.

A técnica Delphi é aplicada numa variedade de formas, como apontado também por Mullen (2003): Delphi, Delphi Clássico, Delphi Convencional, Delphi em Tempo Real, Conferência Delphi, Delphi Político, Delphi de Decisão, Delphi Histórico, Delphi de Previsão, Delphi de Peritos, Delphi de Ordenação, Delphi de Objectivos e Delphi Exploratório.

Em geral, pode-se descrever quatro formas de aplicação da técnica Delphi: a Convencional ou *Delphi Exercise*, a *Real-time Delphi* ou *Delphi Conference*, Delphi de previsão e Delphi político.

O *Delphi Convencional*, uma versão de “lápiz-e-papel”, apresenta alguns inconvenientes como o tempo necessário para obtenção de resultados entre os participantes, devido à necessidade de tabulação dos dados (LISTON e TUROFF, 2002).

O *Real-time Delphi* ou *Delphi Conference* tem como característica fundamental a utilização de uma rede integrada de computadores, programada para compilar os resultados e facilitar a tarefa do pesquisador, contribuindo desta forma para diminuir o tempo necessário à tabulação dos dados. Esta técnica tem como desvantagem a dificuldade em encontrar um número representativo de especialistas que possam estar disponíveis simultaneamente. Esta variante da técnica Delphi não considera a característica da comunicação assíncrona presente no *Delphi Convencional* (LISTON e TUROFF, 2002).

A Técnica Delphi a qual tem vindo a ser aplicada para verificação de tendências e eventos futuros é conhecida como *Delphi de Previsão*. Nesta técnica procuram-se executar avaliações probabilísticas a respeito de futuros eventos ou tendências, sendo esta a forma mais

difundida do método. Neste tipo de procedimento, são submetidas aos participantes relações pré-elaboradas de eventos ou de tendências, solicitando-se aos mesmos a avaliação interactiva e convergente das probabilidades de ocorrência (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

Recentemente, esta técnica tem sido igualmente aplicada na incorporação de procura de idéias e estratégias para a proposição de políticas organizacionais mais gerais (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000). Conhecida como *Delphi de Políticas*, esta técnica não apresenta características tão claras como um instrumento utilizado para precisão, mas sim como uma técnica de apoio à decisão e à definição de políticas, onde o horizonte de tempo pode ser fixado numa data futura. Contudo, o processo considera as opiniões sobre políticas alternativas referentes a uma dada questão. Neste procedimento, os participantes são solicitados a avaliarem a importância e a pertinência de diferentes tópicos do problema em análise, num processo interactivo, onde se procura alcançar a convergência, a partir da qual se tentará obter uma relação dos pontos críticos e respectivas consequências, ordenadas pelas avaliações (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

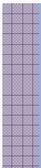
Outro aspecto igualmente imprescindível prende-se com o conhecimento do tempo mínimo estimado para cada uma das etapas a serem realizadas no desenvolvimento da técnica Delphi, para que, com isso, seja possível a montagem do cronograma das actividades e a realização dos cálculos das previsões de custos. A *Tabela 3* compara o tempo estimado pela literatura e o tempo utilizado neste estudo, desde o desenvolvimento do questionário até à preparação e envio do relatório final.

Quadro 3: Etapas da técnica Delphi e tempo necessário para o seu desenvolvimento

Actividades	Tempo Mínimo Estimado	Tempo Utilizado
1-Desenvolvimento do questionário Delphi	½	5
2-Seleção e contacto dos respondentes	2	5
3-Definição da quantidade de respondentes	½	10
4-Aplicação do pré-teste	-	10
5-Desenvolvimento do questionário	1	5
a-Envio do questionário	1	1
b-Tempo de resposta	5	10
c-Encorajamento dos participantes	3	5
6-Análise do questionário	1 ½	5
5-Desenvolvimento do questionário	1 ½	1 ½
a-Envio do questionário	1	1
b-Tempo de resposta	5	10
c-Encorajamento dos participantes	3	5
6-Análise do questionário	1 ½	5
5-Desenvolvimento do questionário	1 ½	1 ½
a-Envio do questionário	1	1
b-Tempo de resposta	5	10
c-Encorajamento de participantes	3	5
6-Análise do questionário	1 ½	5
Preparação e envio do relatório final	7	-
TOTAL	45 1/2 dias	101dias

Fonte: Dantas e Souza (2007 apud DELBECK et al.,1975)

Considerando-se as vantagens e limitações das técnicas apresentadas, descrever-se-á no próximo capítulo, a forma como esta técnica foi utilizada neste estudo em concreto.



CAPÍTULO 4- PROCEDIMENTOS E IMPLEMENTAÇÃO

CAPÍTULO 4- PROCEDIMENTOS E IMPLEMENTAÇÃO

4.1- Selecção e Constituição do Painel de Especialistas

Devido à limitação temporal e ao propósito de manter o estudo com o mínimo de participantes recomendado, foram convidados a participar no estudo 21 especialistas da OMS, UNICEF e UNFPA. A definição dos especialistas convidados obteve-se através de uma amostragem não probabilística¹³ criteriosa:

1. Ser da área de Saúde Pública, Saúde Materna e/ou Saúde Infantil;
2. Ter experiência profissional na área;
3. Trabalhar numa das três organizações internacionais citadas (OMS, UNICEF e UNFPA);
4. Ter disponibilidade para participar no estudo;
5. Estar familiarizado com o trabalho da unidade HDS/HGS.

Apesar de este tipo de amostra nomeada para a implementação da escolha dos especialistas não permitir projectar os resultados, apresenta algumas vantagens como o custo reduzido e a rapidez (NUNES e AFONSO, 2005). A inclusão de alguns dos critérios deve-se também ao intuito de garantir um maior índice de resposta e interesse entre os participantes como, por exemplo, o critério de trabalhar numa das três organizações ou estar familiarizado com os trabalhos realizados pela unidade a desenvolver o presente estudo.

4.2- Participação dos Especialistas no Processo Delphi e Taxa de Resposta

Inicialmente, foram convidados 21 especialistas para participarem neste estudo, porém somente 18 aceitaram participar. Na primeira rodada, foi obtida a resposta de 15 profissionais (100%), admitidos como linha de base. Na segunda rodada, foi obtida a resposta de 10 profissionais (aproximadamente 70%) e na terceira rodada nove especialistas (90%) responderam ao questionário.

Foi enfatizado junto dos participantes que este tipo de estudo, de interação grupal para atingir um consenso, é o mais recomendado na ausência de dados empíricos ou evidência científica (como apontado no Capítulo 3 desta tese). Entretanto verificou-se considerável desistência por parte dos participantes entre a primeira e a segunda rodada do estudo. Algumas das justificações apontadas pelos especialistas desistentes (em comunicação pessoal

¹³ Numa amostra probabilística, cada um dos elementos da população têm a mesma probabilidade de ser incluído na amostra. Já na não probabilística, não é possível definir com rigor as probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra, não podendo os resultados serem projectados (NUNES e AFONSO, 2005).

por email), foram a inexistência de evidência científica e/ou contexto insuficiente para expressar a sua opinião.

4.3- Características do Painel de Especialistas

O painel de especialistas foi composto por 15 profissionais. Contudo, os dados demográficos analisados são relativos a 14 especialistas¹⁴, dado que um deles não respondeu ao questionário demográfico. Do total de especialistas que enviaram o questionário demográfico, 10 participantes (71,42%) são do sexo masculino e quatro (28,57%) do sexo feminino, como se pode observar na *Tabela 2*.

Tabela 2: Distribuição do painel de especialistas quanto à característica demográfico “sexo”

Sexo	Porcentagem	Número
Masculino	71,42%	10
Feminino	28,58%	04
TOTAL	100	14

Em relação à idade dos especialistas, constatou-se uma variação entre 49 e 59 anos com uma mediana de 54 anos de idade em ambos os sexos (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição do painel de especialistas quanto à característica demográfico “idade”

Idade Mínima	Idade Máxima	Mediana
49	59	54

Os especialistas apresentavam diferentes nacionalidades (Americana, Alemã, Italiana, Britânica, Francesa, Ugandesa, Canadiana, Holandesa, Ruandesa, Indiana, Guineana e Congolense).

Quanto à região de trabalho, houve uma maior concentração no continente Africano (78,57%) (Tabela 4).

¹⁴ O questionário demográfico foi enviado ao participante não tendo este devolvido o mesmo até à data de análise dos dados.

Tabela 4: Nacionalidade e continente de especialização do painel de especialistas

Continente	Nacionalidade	Porcentagem ^A	Região de Trabalho ^B
África	04	28,6%	11
Américas	03	21,4%	02
Antártida	–	–	–
Eurásia	07	50%	06
Oceania	–	–	–
Global	–	–	02
Outras	–	–	04 ^C
TOTAL	14	100	25

A) A porcentagem refere-se à nacionalidade dos especialistas

B) Alguns peritos listaram mais de uma região de especialização

C) Representam as regiões de MENA¹⁵, ECA¹⁶, CEI¹⁷ e SEARO¹⁸

Entre todas as profissões apontadas pelos peritos como formação de base, a Medicina apresentou-se como a mais frequente, com 71,44% dos especialistas (Tabela 5).

Tabela 5: Profissões de base do painel de especialistas

Profissão	Número	Porcentagem
Medicina	10	71,44%
Saúde Pública	01	7,14%
Investigação e Avaliação	01	7,14%
Gestão de Saúde Pública	01	7,14%
Outra	01	7,14%
TOTAL	14	100%

A área de especialização mais frequente identificada no painel de especialistas foi a Saúde Materna com nove profissionais (50%), seguida pelas áreas de Saúde Pública e Saúde Infantil com três profissionais (16,66%) em cada (Tabela 6).

Tabela 6: Área de especialização do painel de especialistas

Área de especialização	Número	Porcentagem
Saúde Materna ^A	09	50%
Saúde Pública ^B	03	16,66%
Saúde Infantil	03	16,66%
Outra ^C	03	16,67%
TOTAL	18	100

A) Incluídas as respostas referentes à saúde materna e neonatal ou perinatal, saúde da mulher, saúde reprodutiva e saúde do adolescente

B) Incluídas as respostas referentes à prestação de serviços e atenção primária

C) Incluídas as respostas relativas à economia na saúde, educação para a saúde e laboratórios de cuidados de atenção primária.

¹⁵ Acrônimo para designar o grupo de países do Médio Oriente e a Norte de África.

¹⁶ Acrônimo para designar o grupo de países da Europa e da Ásia Central.

¹⁷ Acrônimo para designar o grupo de países da Comunidade dos Estados Independentes.

¹⁸ Acrônimo para designar a região da Ásia Sul - Oriental. Os países membros da OMS estão agrupados em 6 regiões, cada uma com um escritório regional: Escritório Regional para a África (AFRO), Escritório Regional para as Américas (AMRO - OPAS), o Escritório Regional para a Ásia Sul - Oriental (SEARO), Escritório Regional para a Europa (EURO), Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental (EMRO), Escritório Regional para o Pacífico Ocidental (WPRO).

Quanto ao grau académico, o painel foi dividido entre especialistas que apresentam título de Mestre e Doutor (Tabela 7), apresentando uma mediana de 30 anos de experiência profissional, variando de 15 a 30 anos ou mais de experiência¹⁹ (Tabela 8).

Tabela 7: Grau académico do painel de especialistas

Grau académico	Número	Percentagem
Doutoramento	07	50%
Mestrado	07	50%
TOTAL	14	100%

Tabela 8: Anos de experiência do painel de especialistas

Mínima	Máxima	Mediana
15	33	30

Os profissionais consultados dividem-se relativamente à instituição onde trabalham, da seguinte forma: nove membros pertencentes à OMS (64,28%), três oriundos da UNFPA (21,42%) e dois da UNICEF (14,28%) (Tabela 9).

Tabela 9: Instituição de trabalho do painel de especialistas

Instituição	Nº	Percentagem
OMS	09	64,29%
UNFPA	03	21,42%
UNICEF	02	14,29%
TOTAL	14	100%

4.4- Seleção das Intervenções

As intervenções que compuseram o questionário representam 10% das 805 intervenções enviadas pelos 35 países e aprovadas pelo Fundo GAVI HSS, entre Outubro 2006 a Outubro 2007, as quais foram seleccionadas de forma a apresentar algum grau de aleatoriedade²⁰ e sistematização²¹. Com o intuito de cumprir um dos critérios recomendados na execução da técnica Delphi, foi seleccionado apenas um percentual das intervenções, que

¹⁹ Dois especialistas responderam mais de 30 anos e um respondeu 33 anos de experiência.

²⁰ A amostra aleatória é obtida através de uma selecção em que cada unidade da amostragem tem a mesma hipótese de ser incluída na amostra (WALDMAN, 1998).

²¹ A amostragem sistemática, algumas vezes considerada como pseudo-probabilística, consiste em seleccionar n de N em intervalos iguais (NUNES e AFONSO, 2005).

significou um total de 81 intervenções (Quadro 4), a fim de que os peritos não levassem mais de uma hora para completarem cada rodada.

A aleatoriedade diz respeito à forma de selecção da primeira intervenção e a sistematização refere-se à forma como as restantes intervenções foram seleccionadas. Foi escolhido aleatoriamente um número de 1 a 10, sendo a primeira intervenção da amostra aquela que foi classificada com este número aleatório. As restantes intervenções da amostra foram obtidas somando este número aleatório à intervenção inicial, até perfazer 10% do número total de intervenções aprovadas (Figura 4).

Figura 4: Processo de selecção das intervenções



Ao utilizar a classificação dos componentes críticos dos sistemas de serviços de saúde descrita pela OMS (apresentada no Capítulo 1 página 24) foi observado que a amostra seleccionada das intervenções apresenta:

- 3 intervenções (3,7% das intervenções) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial da **Prestação de Serviços (PS)**;
- 17 intervenções (21% da amostra) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial dos **Recursos Humanos em Saúde (RHS)**. Estas intervenções podem além disso ser redistribuídas em função do intuito final, 11 para a prestação de serviços com a utilização dos RHS, 3 para a melhoria da liderança e governança através do aperfeiçoamento dos RHS, 2 para o financiamento dos RHS e 1 para a informação dos RHS;
- 17 intervenções (21%) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial da **Informação (INF)**;
- 18 intervenções (22,2%) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial dos **Produtos Médicos, Vacinas e Tecnologia (PMVT)**,
- 4 intervenções (4,9%) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial do **Financiamento (F)**;

- 25 intervenções (31%) que possivelmente permitirão o fortalecimento, em especial da **Liderança e Governança** (informação detalhada no Quadro 4).

Quadro 4: Intervenções seleccionadas

	INTERVENÇÕES	CLASSIFICAÇÃO
1	Establish Community-based information system (CBIS) with chalkboards at strategic sites.	INF
2	Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).	RHS/PS
3	Train province-regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.	RHS/LG
4	Purchase of refrigerators (200) to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health Package) at all levels of health care system.	PMVT
5	Purchase of 30 motor cycles to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health package) at all levels of health care system.	PMVT
6	Contribute to construction of annex to Ministry of Health (MoH) Building.	LG
7	Establish mobile teams at district/rayon level from existing medical staff of rural health centers, Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) centers, reproductive health centers and centers for immunoprophylaxis and define their itinerary and schedule	RHS/PS
8	Train all workers: the managers of the 7 DSR (Deputation Health Regions) and the 11 DS (Health Districts), the teams of health center and hospital staff, members of the community in *IMCI, ** Antenatal care (ANC) and *** Expanded Programme for immunization (EPI) and mobilize the population around health activities.	RHS/PS
9	Supply of the cold chain for 20 new health centers.	PMVT
10	Provide computer equipment and stationary supplies requested for the national laboratories of CHUK (University Hospital Center of Kigali) and of CHUB (University Hospital Center of Butare).	PMVT
11	Train 2 senior staff of Health Economic Unit in health economics/financing at Master/Diploma level.	RHS/F
12	Train senior and mid-level health managers in all 11 northern states and 20 localities on short courses/on-job capacity building programme on health planning, district health management, leadership.	RHS/LG
13	Training of teaching staff on imparting training on IMNCI - Integrated Management of Newborn & Childhood Illness (4 courses X 6 days X 16 persons).	RHS/PS
14	Provide copies of the planning and instructional manual to 11 SMOH (State Ministries of Health) and 20 Localities Management Teams to strengthen/build core systems and capacities (organization and management; health planning and development, health financing; health management information system and monitoring and evaluation).	LG
15	Provide TA (Technical Assistance) for developing/adapting pro-poor, comprehensive and sustainable health financing policy in 11 Northern states.	LG
16	Establish ORT (Oral Rehydration Therapy) corners in 6,561 FLCFs (50%).	PS
17	Provision of local Technical Assistance (TA) to assist with developing an HR plan (and potentially organizing an HR unit) and strengthening of MOHSW HR management; (Ministry of Health and Social Welfare - Human Resources for Health).	LG
18	Provide data management tools and conduct regular training and refresher training of key health workers on data collection, analysis, management of information and resources.	RHS/INF
19	Provide audio-visual equipment, furniture, computers for skill lab and books for library to four Academies of Health Sciences in 11 State Ministries of Health.	PMVT
20	Monitor and evaluate integrated supportive supervision and disseminate findings with decision makers and partners.	INF

	INTERVENÇÕES	CLASSIFICAÇÃO
21	Establish an M & E system to monitor and evaluate the regular and appropriate use of the National Health Information and management system.	INF
22	Provide TA (Technical Assistance) for developing comprehensive investment plan for health system development in 8 states.	LG
23	Provide essential laboratory supplies for testing (urine, Hb, BFFM, etc) necessary for improving maternal and child care to 25 Health centers and dispensaries annually in each of the targeted four states.	PMVT
24	Evaluate impact of RED (Reach Every District) on the delivery and uptake of EHP (Essential Health Package) including operations research.	INF
25	Provide essential equipment and future (according to standards) for 2 hospitals annually in each of the four states (focus on maternal, neonatal and EmOC - Emergency Obstetric Care).	PMVT
26	Appoint persons in the MOH (Ministry of Health) and oblast (regional) health departments responsible for supervision of mobile teams in hard-to-reach poor areas.	LG
27	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.	PMVT
28	Provide financial support to the Districts for the implementation of lost patients seeking mechanisms for both preventive and curative interventions.	F
29	Ensure planning and integrated regular supervision of health activities: Provide transport costs reimbursements as well as perdiems for supervisors and participants to the annual (micro) planning seminars, produce an annual work plan.	LG
30	Carry out household based water quality control in all the six Zobas (administratively the country is divided into six Zobas or regions) during both rainy and dry season.	INF
31	Collect the baseline data and conduct a follow up survey with international assistance, to increase demand for timely immunization through increased awareness and development of a system of incentives for mothers	INF
32	Conduct a round table to discuss standardized programs with agencies currently involved in financing/implementation of training programmers.	LG
33	Conduct mapping of private clinics in Kampala and municipalities.	INF
34	Conduct training of trainers for all NGOs (Non-Government Organization) that have agreed for the joint activity plans and common approaches to community mobilization that focus on improving ANC (Antenatal Care) rates, timely registration of infants and immunization, particularly in cases of home deliveries.	RHS/PS
35	Construct 24 district stores in new districts to improve the delivery of National Minimum Health Care Package including immunization by providing the necessary infrastructure, logistics supplies and management training.	PMVT/RHS(LG)*
36	Build and equip 15 maintenance wards in 15 health districts.	PMVT
37	Convening a Stakeholders meeting /workshop to consider and approve the harmonized manual for the logistics of health commodity system (one person per state and 20 national officers including partner agencies for 2 days). To development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country with the objective of strengthening the logistics system and infrastructure at the National/State/LGA/Ward levels by the end of 2010.	LG
38	Design a national integrated outreach model, Methodology: 2 core elements of outreach and integration of vertical programs. It will utilize the underutilized female health staff, will encourage and motivate health workers and district and governorate level.	LG
39	Develop a Ward Health Plan (WHPs), 2008- 2010, in 960 wards over 2 years.	LG
40	Develop and approve training program for public health services on VPD (Vaccine Preventable Disease) and AEFI (Adverse Events Following Immunization) surveillance.	LG
41	Develop Financial Management Manual for OD / HC (Operational district/ Health Centre).	LG
42	Develop integrated monitoring in the health districts.	INF

	INTERVENÇÕES	CLASSIFICAÇÃO
43	Develop schedule of visits to the selected rural areas.	LG
44	Development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country by: review existing systems and to develop a draft manual to harmonize them.	INF
45	Provide 260 motorcycles to the CSPS for outreach activities (CSPS - Promotion and Health Centres).	PMVT
46	Effective integration of health services and programmes in the execution of medical interventions at all levels to reinforce of the organization and management of health services.	LG
47	Elaborate a strengthening plan for Equity Fund.	F/LG*
48	Equip Health Centres or Health Posts with medical equipment and cold chain supplies.	PMVT
49	Establish a working group in the MOH to review the existing training programs supported by different agencies.	LG
50	Evaluate the impact of activities under the PHC (Primary Health Care) reforms on MDGs 4 and 5 on the basis of key monitoring indicators regularly collected and analysed.	INF
51	Expansion and inclusion of newborn care in Community Based Integrated Management of Childhood Illness (CB-IMCI) to reduce childhood morbidity and mortality in the remaining 11 districts where CB-IMCI has not been introduced.	PS
52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).	RHS/LG
53	Train the Provincial Management Teams including the District Management Officers in planning, monitoring and evaluation.	RHS/LG
54	Train the Health District Officers in management.	RHS/LG
55	Health manager training at the regional level in order to improve the health system performance by establishing an integrated health management system at country level and below.	RHS/LG
56	Holding national and regional workshops to build understanding, and then consensus among all stakeholders for expanding at national level the district health service provision experience, and to create mechanisms for donor support.	LG/F*
57	Implement outreach program.	PS
58	Improved supervision and monitoring to operational units. Support for mobilization of 10 Integral Health Care Local Systems teams to local levels four times a year.	LG/INF
59	Institutionalize implementation of health workers performance appraisal (PA) systems at all levels of the health system.	LG/INF
60	Introduce and test in 5 Health Districts different strategies aimed at increasing population's financial accessibility to service delivery through: 1) local social insurance mechanisms and 2) vouchers for malaria treatment and prevention.	F
61	Carry out an operational research on referral mechanisms between health centres and hospitals in two pilot districts.	INF
62	Support mission for the development of the Provincial Health Development Plan.	LG
63	Monitoring of the health services strengthening indicators and of the financial execution of the project implemented by the HU (Health Units), the municipality, and the department at all levels.	INF
64	On the basis of rapid assessment, procure basic equipment for facilities in selected districts	PMVT
65	Organize monthly meetings for both health coordination and dissemination of the epidemiological surveillance data: Pay transport costs and per diems for 20 participants.	INF

	INTERVENÇÕES	CLASSIFICAÇÃO
66	Organization of an annual maternal-child care event at the department level as a mechanism to identify vulnerable groups with the participation of local governments.	INF
67	Pay monthly incentives to the newly trained staff: 560 Maternal and child Health Aides, 54 Community Health Officers, 92 State Enrolled Community Health Nurses and 240 Vaccine administrators.	RHS/ F
68	Posting of trained PHC (Primary Health Care) staff of correct skill mix to 10 underserved districts starting from year 2010.	RHS/PS
69	Printing cost of documents for a training aimed at improving the Capacity building Program on Health management systems.	LG
70	Procure Motorcycles for CHOs (Community Health Officers).	PMVT
71	Procurement of trucks for distribution of drugs and vaccines from central to district level.	PMVT
72	Provide district based in-service training programmes in all 20 districts on MCH and PHC best practices by end of 2012 for > 50% of targeted health workers.	RHS/PS
73	Provide seed stock of essential drugs to 960 existing PHC (Primary Health Care) facilities, over 2 years.	PMVT
74	Providing pick-up trucks and motorcycles and associated maintenance costs to district health offices to enable health workers to conduct outreach services and supervisory visits, carry out effective referrals, and respond to outbreaks and other emergencies.	PMVT
75	Public Health Manual Production.	INF/LG
76	Purchase 50 000 VHT (Village Health Teams) training kits, to support scaling up of community participation in both health care delivery and decision making	PMVT
77	Transport and communications for the implementation of the local health strategy.	LG
78	Conduct an operational research in relation to primary health care with a specific focus on the project's impact on immunization coverage.	INF/PS
79	Health system Research in monitoring health system performance.	INF/LG
80	Rehabilitation of the Inspection offices.	LG
81	Strengthen the social mobilization at the community level and advocacy at the decision-makers level.	LG

Intervenções propostas por 35 países ao Fundo da GAVI HSS de Outubro de 2006 a Outubro de 2007

* Intervenções que apresentaram o fortalecimento em duas áreas fundamentais
A classificação em azul representa a sub área da intervenção

4.5- Definição de Consenso

Foi definido, no processo de desenho do estudo, que seria considerado que um consenso tinha sido atingido numa intervenção em determinada Actividade Relacionada com os Cuidados de Saúde (ARCS) quando 75% das respostas dos participantes apresentassem a mesma pontuação. Assim, a frequência da moda das respostas do painel foi considerada como a estimativa consensual de eficácia alcançada pelo painel.

4.6- Definição do Número de Rodadas

Na fase de elaboração do estudo, foi definida a realização de três rodadas para a consulta dos especialistas. Caso o consenso para todas as intervenções fosse alcançado previamente não haveria mais a necessidade de continuar o processo de consulta. As três rodadas foram escolhidas assumindo o risco de desistência de alguns participantes, em função do alcance do consenso entre os especialistas sobre a existência ou não de um possível impacto e a sua abrangência nas áreas pré-definidas. Decisão esta apoiada pela literatura que recomenda três rodadas como suficientes para atingir o consenso (RUHLAND, 1993).

Na primeira rodada, foi introduzido o tópico aos participantes. Isso deu-se por meio da solicitação da pontuação da possível abrangência do impacto das intervenções seleccionadas, nas actividades relacionadas com os cuidados de saúde, e o preenchimento de um questionário demográfico. Já a segunda e a terceira rodadas permitiram que cada especialista revisasse as suas respostas à luz das respostas dos demais especialistas.

4.7- Desenvolvimento dos Questionários e Aplicação

Foram desenvolvidos dois questionários para serem utilizados no estudo. O primeiro, estruturado, contendo as 81 intervenções seleccionadas, foi utilizado na primeira rodada (ver Apêndice B). Na segunda e terceira rodadas, a sua utilização ocorreu com pequenas alterações, como a diminuição do número de intervenções a serem pontuadas e, a pedido de alguns especialistas, algumas intervenções foram enviadas na segunda rodada com um maior detalhe. O segundo questionário, semi-estruturado, criado, foi o questionário demográfico (ver Apêndice C), o qual contem perguntas de carácter demográfico e profissionais, como: idade, sexo, área de formação e especialização, anos de experiência e região de actuação.

A utilização da técnica Dephi possibilitou o exercício de pedido da pontuação pelos especialistas da possível existência e a abrangência do impacto das intervenções seleccionadas em três grandes áreas de cuidados (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, Cuidados no Trabalho de Parto e Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas) e duas da gestão em saúde (Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde).

Esta pontuação deu-se por meio da utilização de uma escala Likert, a qual é mais utilizada em estudos de opinião, onde os respondentes especificam o seu nível de concordância com uma determinada afirmação. Habitualmente, é utilizada uma escala de cinco níveis de respostas bipolares, tornando-se desta forma possível medir uma resposta a

uma afirmação tanto positiva como negativa (STREINER e NORMAN, 1995). Neste estudo, a escala começou com zero, a indicar que a intervenção não causava **Nenhum Impacto** nas ARCSS, e terminou em quatro, a indicar um **Alto Impacto**, como detalhado abaixo:

- 0 Nenhum Impacto;
- 1 Impacto Reduzido;
- 2 Impacto Moderado;
- 3 Impacto Considerável;
- 4 Impacto Elevado.

Como pode ser exemplificado com a intervenção “formação básica para 30 parteiras”, os especialistas deveriam pontuar a intervenção entre 0 e 4 em cada uma das seguintes ARCS: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), Cuidados no Trabalho de Parto, Doenças Crónicas, Prestação de Serviços de Saúde em Geral e Planeamento e Gestão (ilustrado na Tabela 10).

Tabela 10: Exemplo do questionário na primeira rodada

Intervenções	Actividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde				
	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Serviços de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
Formação básica a 30 parteiras	1	4	0	2	1

Antes de iniciar a consulta propriamente dita, o investigador enviou uma carta-convite aos especialistas, via e-mail, contendo alguns pontos importantes como uma explicação sobre o “Objectivo Geral” do estudo e a tarefa que deveriam realizar, bem como a importância de participar no painel (ver Apêndice A). Aqueles que aceitaram participar receberam uma segunda carta, a explicar detalhadamente a tarefa e solicitava o consentimento livre e esclarecido (ver Apêndice B). A seguir, foram enviados o questionário demográfico, em formato Word (ver Apêndice C), e a lista de intervenções, em formato Excel (ver Apêndice D).

Tendo em conta os princípios éticos do estudo, foram garantidos alguns critérios em todo o processo:

- O anonimato de todos os participantes do estudo durante todo o processo de investigação, através da utilização de um número para cada especialista. Este número foi introduzido em todos os formulários e questionários. As mensagens de cada rodada eram enviadas individualmente. Os participantes não tiveram acesso ao número e nome dos outros especialistas, não tendo sido o número cruzado com as respostas dos participantes;
- Foi dada aos participantes a informação acerca dos objectivos do estudo, os possíveis riscos que estariam a assumir em participar e informações extra consideradas importantes, tais como a não influência do estudo ao recebimento dos fundos do GAVI HSS, dada a já ocorrida aprovação dos mesmos;
- Garantiu-se a liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento, tal como especificado na carta de explicação da respectiva participação (Apêndice B).

Uma vez recolhida e reunida a pontuação do questionário na primeira rodada, o mesmo foi redistribuído, na segunda rodada, contendo:

1. As respostas anónimas do grupo (a utilizar o valor da moda para cada uma das ARCS por intervenção);
2. As respostas individuais na sessão anterior;
3. As intervenções onde o consenso ainda não fora alcançado (Tabela 11).

Aos participantes, foi solicitado que pontuassem somente as intervenções que ainda não tivessem obtido consenso. A terceira rodada foi exactamente como a segunda, entretanto, com menor número de intervenções, dado o alcance de algum consenso nas rodadas anteriores.

Uma vez atingido o consenso, a área reservada para o especialista colocar a pontuação quanto à possível abrangência do impacto em alguma das ARCS não foi mais apresentada (como demonstrado na Tabela 11).

Tabela 11: Exemplo do questionário na segunda rodada

Intervenções	Actividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde				
	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Serviços de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
Formação básica a 30 parteiras	A	A	A	B	B
Pontuação prévia do especialista	1	3	0	2	1
Moda das respostas dos participantes	2	4	0	3	1

A) Espaço reservado à próxima pontuação do especialista
 B) Intervenção com consenso atingido nesta ARCS específica

O tempo investido pelos especialistas em cada rodada foi de cerca de 60 minutos na primeira rodada, 35 minutos na segunda rodada e 20 minutos na terceira rodada, conforme informação cedida pelos especialistas ao devolverem os questionários.

Terminado o prazo de entrega em cada rodada, foi enviado um email àqueles participantes que até então não tinham entregue o questionário, pedindo que o mesmo fosse enviado no prazo máximo de uma semana e, quando justificado (como por exemplo, devido a viagem de trabalho), foi dada uma semana extra.

Após a finalização do relatório geral e a entrega da dissertação, será enviado um e-mail aos especialistas com o *feedback* dos resultados encontrados.

4.8- Pré-teste do Questionário

O estudo Delphi pode consumir algum tempo para aqueles que nele participam, em particular quando o instrumento de consulta consiste num grande número de “afirmações”. Também é recomendada a introdução de um pequeno pré-teste antes de iniciar a aplicação do estudo (HASSON *et al.*, 2000; HSU e SANDFORD, 2007) no sentido de verificar se as instruções estão claras para os participantes e se o número de intervenções seleccionadas é adequado evitando a introdução de viés e uma descontinuidade de participação. Adicionalmente, a fim de manter o rigor da técnica, a taxa de resposta deve ser mantida superior a 70% (MURPHY *et al.*, 1998).

Neste estudo foi realizado um pré-teste, utilizando para tal o questionário da primeira rodada e o questionário demográfico. Este pré-teste ocorreu entre 28 de Fevereiro e 28 de Março de 2008. O mesmo contou com a presença de três especialistas em Saúde Pública, Saúde Materna e Saúde Infantil e teve como objectivos principais:

- Verificar se as instruções eram claras para os participantes;
- Avaliar se todas as intervenções continham informações julgadas suficientes para a sua pontuação;
- Constatar se o número de intervenções seleccionadas era adequado para evitar a introdução de viés e uma descontinuidade de participação;
- Averiguar o tempo necessário para o respectivo preenchimento.

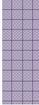
Durante o pré-teste, foram identificados no questionário alguns aspectos passíveis de reformulação, nomeadamente:

- A contextualização de algumas intervenções;
- A tradução das intervenções em francês para o inglês;
- Uma melhor especificação da definição da área de “Prestação de Serviços de Saúde”;
- Uma definição para o Impacto/ Efeito pedido no estudo.

4.9- Análise dos Dados

A recolha de dados foi realizada em três rodadas através da utilização de um questionário estruturado (com as actividades seleccionadas) e um questionário semi-estruturado (questionário demográfico), com uma amostra criteriosa de 21 especialistas.

Os dados obtidos nas três rodadas e no questionário demográfico foram tratados e analisados estatisticamente (medidas de distribuição e medições) com o auxílio do programa Excel. Desta forma, possibilitou-se uma sumarização eficaz dos eventos.



CAPÍTULO 5- RESULTADOS

CAPÍTULO 5- RESULTADOS

5.1- As Intervenções Propostas

A análise realizada referente à pontuação dada à amostra das 81 intervenções, propostas pelos 35 países e aprovadas para a obtenção do Fundo GAVI HSS, pelo painel de especialistas durante as três rodadas, são divididas em dois planos de exploração com o objectivo de responder às três questões de investigação principais deste estudo.

O primeiro, relativo à “existência” ou “não existência” de um possível impacto das intervenções noutras áreas, para além da imunização e o segundo relativo à influência deste possível impacto.

A *Tabela 12* apresenta as 81 intervenções com a respectiva pontuação referente à abrangência do possível impacto, para cada ARCS, juntamente com a informação correspondente à rodada em que o consenso foi atingido, assim a possibilitar a visualização da informação que será detalhada a seguir.

Tabela 12: Resumo das pontuações dadas pelos especialistas por intervenção para cada ARCS

Intervenções		Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
1	Establish Community-based information system (CBIS) with chalkboards at strategic sites.	2		1	2	
2	Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).	2	4	1	4	3
3	Train province -regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.	3	2	2	3	4
4	Purchase of refrigerators (200) to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health Package) at all levels of health care system.	3	2	1	2	1
5	Purchase of 30 motor cycles to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health package) at all levels of health care system.	2	1	1	3	3
6	Contribute to construction of annex to Ministry of Health (MoH) Building.	0	0	0	0	2
7	Establish mobile teams at district/rayon level from existing medical staff of rural health centers, Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) centers, reproductive health centers and centers for immunoprophylaxis and define their itinerary and schedule.	4	2	2	3	
8	Train all workers: the managers of the 7 DSR (Deputation Health Regions) and the 11 DS (Health Districts), the teams of health center and hospital staff, members of the community in *IMCI, ** Antenatal care (ANC) and *** Expanded Programme for immunization (EPI) and mobilize the population around health activities.	4	2	1		2
9	Supply of the cold chain for 20 new health centers.	3	0	0	1	0
10	Provide computer equipment and stationary supplies requested for the national laboratories of CHUK (University Hospital Center of Kigali) and of CHUB (University Hospital Center of Butare).	0	0	0	0	2
11	Train 2 senior staff of Health Economic Unit in health economics/financing at Master/Diploma level.	0	0	0	1	2

Intervenções		Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
12	Train senior and mid-level health managers in all 11 northern states and 20 localities on short courses/on-job capacity building programme on health planning, district health management, leadership.	0	0	0	3	3
13	Training of teaching staff on imparting training on IMNCI - Integrated Management of Newborn & Childhood Illness (4 courses X 6 days X 16 persons).	3	0	0	1	1
14	Provide copies of the planning and instructional manual to 11 SMOH (State Ministries of Health) and 20 Localities Management Teams to strengthen/build core systems and capacities (organization and management; health planning and development, health financing; health management information system and monitoring and evaluation).	0	0	0	0	3
15	Provide TA (technical Assistance) for developing/adapting pro-poor, comprehensive and sustainable health financing policy in 11 Northern states.	1	1	0	1	3
16	Establish ORT (oral rehydration therapy) corners in 6,561 FLCFs (50%).	4	0	0	1	0
17	Provision of local Technical Assistance (TA) to assist with developing an HR plan (and potentially organizing an HR unit) and strengthening of MOHSW HR management; (Ministry of Health and Social Welfare - Human Resources for Health).	1	1	1	3	
18	Provide data management tools and conduct regular training and refresher training of key health workers on data collection, analysis, management of information and resources.	2	2	1	2	3
19	Provide audio-visual equipment, furniture, computers for skill lab and books for library to four Academies of Health Sciences in 11 State Ministries of Health.	0	0	0	1	1
20	Monitor and evaluate integrated supportive supervision and disseminate findings with decision makers and partners.	2	2	1	2	2
21	Establish an M & E system to monitor and evaluate the regular and appropriate use of the National Health Information and management system.	2	2	1	3	
22	Provide TA (Technical Assistance) for developing comprehensive investment plan for health system development in 8 states.	1	1			

Intervenções		Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
23	Provide essential laboratory supplies for testing (urine, Hb, BFFM, etc) necessary for improving maternal and child care to 25 Health centers and dispensaries annually in each of the targeted four states.	2	2	2	2	1
24	Evaluate impact of RED (Reach Every District) on the delivery and uptake of EHP (Essential Health Package) including operations research.	2	0	1	2	2
25	Provide essential equipment and future (according to standards) for 2 hospitals annually in each of the four states (focus on maternal, neonatal and EmOC - Emergency Obstetric Care).	1	3	0	2	0
26	Appoint persons in the MOH (Ministry of Health) and oblast (regional) health departments responsible for supervision of mobile teams in hard-to-reach poor areas.	2	1	1	2	2
27	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.	4	4	4	4	1
28	Provide financial support to the Districts for the implementation of lost patients seeking mechanisms for both preventive and curative interventions.	1	1	1	2	1
29	Ensure planning and integrated regular supervision of health activities: Provide transport costs reimbursements as well as perdiems for supervisors and participants to the annual (micro) planning seminars, produce an annual work plan.	2	1	1	3	
30	Carry out household based water quality control in all the six Zobas (administratively the country is divided into six Zobas or regions) during both rainy and dry season.	2	0	0	0	0
31	Collect the baseline data and conduct a follow up survey with international assistance, to increase demand for timely immunization through increased awareness and development of a system of incentives for mothers	2	0	0	1	2
32	Conduct a round table to discuss standardized programs with agencies currently involved in financing/implementation of training programmers.		0	0	1	2
33	Conduct mapping of private clinics in Kampala and municipalities.	1	1	1	1	3

Intervenções		Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
34	Conduct training of trainers for all NGOs (Non-Government Organization) that have agreed for the joint activity plans and common approaches to community mobilization that focus on improving ANC (Antenatal Care) rates, timely registration of infants and immunization, particularly in cases of home deliveries.	2	2	0	2	2
35	Construct 24 district stores in new districts to improve the delivery of National Minimum Health Care Package including immunization by providing the necessary infrastructure, logistics supplies and management training.	3		1	2	2
36	Build and equip 15 maintenance wards in 15 health districts.		2	1	2	2
37	Convening a Stakeholders meeting /workshop to consider and approve the harmonized manual for the logistics of health commodity system (one person per state and 20 national officers including partner agencies for 2 days). To development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country with the objective of strengthening the logistics system and infrastructure at the National/State/LGA/Ward levels by the end of 2010.	0	0	0	2	2
38	Design a national integrated outreach model, Methodology: 2 core elements of outreach and integration of vertical programs. It will utilize the underutilized female health staff, will encourage and motivate health workers and district and governorate level.	2	1	1	1	2
39	Develop a Ward Health Plan (WHPs), 2008- 2010, in 960 wards over 2 years.	1	1	1	2	2
40	Develop and approve training program for public health services on VPD (Vaccine Preventable Disease) and AEFI (Adverse Events Following Immunization) surveillance.	2	0	0	1	
41	Develop Financial Management Manual for OD / HC (Operational district/ Health Centre).	0	0	0	2	2
42	Develop integrated monitoring in the health districts.	1	1	1	2	3
43	Develop schedule of visits to the selected rural areas.	1	1	1	1	3
44	Development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country by: review existing systems and to develop a draft manual to harmonize them.	1	2	1	2	3

	Intervenções	Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
45	Provide 260 motorcycles to the CSPS for outreach activities (CSPS - Promotion and Health Centres).	1	1	1	2	1
46	Effective integration of health services and programmes in the execution of medical interventions at all levels to reinforce of the organization and management of health services.	2	2	2	2	3
47	Elaborate a strengthening plan for Equity Fund.	1		2		2
48	Equip Health Centres or Health Posts with medical equipment and cold chain supplies.	3	2	1	2	2
49	Establish a working group in the MOH to review the existing training programs supported by different agencies.	1	1		0	1
50	Evaluate the impact of activities under the PHC (Primary Health Care) reforms on MDGs 4 and 5 on the basis of key monitoring indicators regularly collected and analysed.	2	2	0	2	2
51	Expansion and inclusion of newborn care in Community Based Integrated Management of Childhood Illness (CB-IMCI) to reduce childhood morbidity and mortality in the remaining 11 districts where CB - IMCI has not been introduced.	3		0	2	1
52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).	3	3	2	3	4
53	Train the Provincial Management Teams including the District Management Officers in planning, monitoring and evaluation.	2	1	1	2	4
54	Train the Health District Officers in management.	0	0	0	2	3
55	Health manager training at the regional level in order to improve the health system performance by establishing an integrated health management system at country level and below.	0	0	0	1	4

	Intervenções	Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
56	Holding national and regional workshops to build understanding, and then consensus among all stakeholders for expanding at national level the district health service provision experience, and to create mechanisms for donor support.	0	0	0	0	2
57	Implement outreach program.	2	1	1	2	2
58	Improved supervision and monitoring to operational units. Support for mobilization of 10 Integral Health Care Local Systems teams to local levels four times a year.	2	1	1	1	1
59	Institutionalize implementation of health workers performance appraisal (PA) systems at all levels of the health system.	2	2	2	2	3
60	Introduce and test in 5 Health Districts different strategies aimed at increasing population's financial accessibility to service delivery through: 1) local social insurance mechanisms and 2) vouchers for malaria treatment and prevention.	2	1	2	2	3
61	Carry out an operational research on referral mechanisms between health centres and hospitals in two pilot districts.	2	2	2	2	2
62	Support mission for the development of the Provincial Health Development Plan.	0	0	0	1	2
63	Monitoring of the health services strengthening indicators and of the financial execution of the project implemented by the HU (Health Units), the municipality, and the department at all levels.	0	0	0	2	
64	On the basis of rapid assessment, procure basic equipment for facilities in selected districts.	2	2	1	2	2
65	Organize monthly meetings for both health coordination and dissemination of the epidemiological surveillance data: Pay transport costs and per diems for 20 participants.	1	0	0	1	3
66	Organization of an annual maternal-child care event at the department level as a mechanism to identify vulnerable groups with the participation of local governments.	1	2	0	1	0

	Intervenções	Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
67	Pay monthly incentives to the newly trained staff: 560 Maternal and child Health Aides, 54 Community Health Officers, 92 State Enrolled Community Health Nurses and 240 Vaccine administrators.			1	1	2
68	Posting of trained PHC (Primary Health Care) staff of correct skill mix to 10 underserved districts starting from year 2010.	3	2	2	2	2
69	Printing cost of documents for a training aimed at improving the Capacity Building Program on Health Management Systems.	0	0	1	1	1
70	Procure Motorcycles for CHOs (Community Health Officers).		0			0
71	Procurement of trucks for distribution of drugs and vaccines from central to district level.	2	2	1		2
72	Provide district based in-service training programmes in all 20 districts on MCH and PHC best practices by end of 2012 for > 50% of targeted health workers.	2	2	1	2	1
73	Provide seed stock of essential drugs to 960 existing PHC (Primary Health Care) facilities, over 2 years.	2	2	2	3	2
74	Providing pick-up trucks and motorcycles and associated maintenance costs to district health offices to enable health workers to conduct outreach services and supervisory visits, carry out effective referrals, and respond to outbreaks and other emergencies.	2	2	2		3
75	Public Health Manual Production.		2			2
76	Purchase 50 000 VHT (Village Health Teams) training kits, to support scaling up of community participation in both health care delivery and decision making.	2	1	1	1	
77	Transport and communications for the implementation of the local health strategy.	1	1	1		1
78	Conduct an operational research in relation to primary health care with a specific focus on the project's impact on immunization coverage.	2	0	0	1	2
79	Health system Research in monitoring health system performance.		2	1	3	3

	Intervenções	Actividades Relacionadas aos Cuidados de Saúde				
		Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Cuidados de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
80	Rehabilitation of the Inspection offices.	0	0	0	0	2
81	Strengthen the social mobilization at the community level and advocacy at the decision-makers level.	3	2		2	2

Intervenções propostas por 35 países ao Fundo da GAVI HSS de Outubro de 2006 a Outubro de 2007



Legenda do esquema de cores utilizado para referir-se ao estado de consenso

Quando o consenso foi atingido na 1ª rodada

Quando o consenso foi atingido na 2ª rodada

Quando o consenso foi atingido na 3ª rodada

Quando Não ocorreu o consenso nas três rodadas

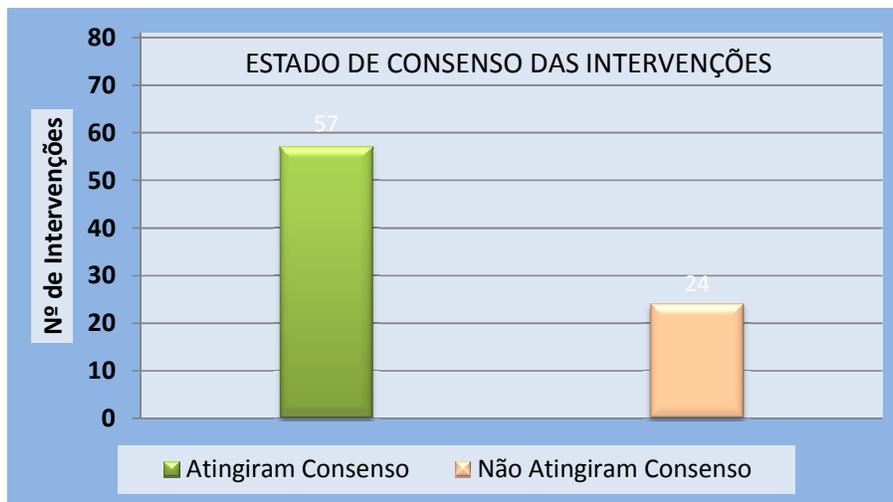
Escala do impacto: Nenhum (0) , Baixo (1), Moderado (2), Considerável (3), Alto (4)

5.2- A Abrangência do Impacto das Intervenções Propostas

A) Estado de consenso entre os especialistas para cada intervenção

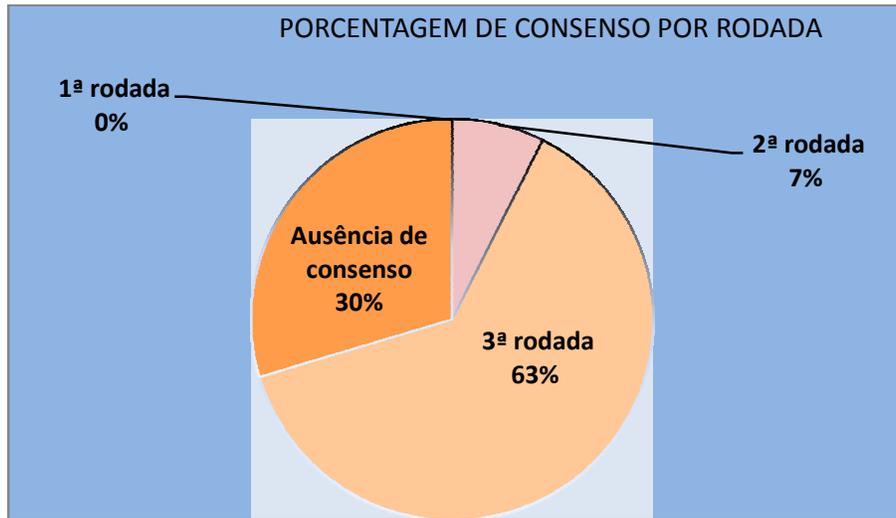
Ao analisar o estado de consenso das intervenções durante o processo das três rodadas, foi constatado que 57 intervenções (70%) atingiram o consenso entre os especialistas sobre a possível abrangência do impacto que estas teriam sobre as ARCS. Entretanto, 24 intervenções (30%) não atingiram um consenso relativo à possível abrangência do seu impacto, como demonstrado no *Gráfico 5*.

Gráfico 5: Estado de consenso das 81 intervenções em estudo, consoante o processo total das rodadas



Quando analisado o processo de consenso das intervenções relativas a cada rodada do estudo (dados ilustrados no Gráfico 6), foi observado que nenhum consenso foi atingido na primeira rodada quanto à abrangência do possível impacto das intervenções nas cinco ARCS, seis intervenções (7%) e 51 intervenções (63%) atingiram consenso, respectivamente na segunda e na terceira rodadas.

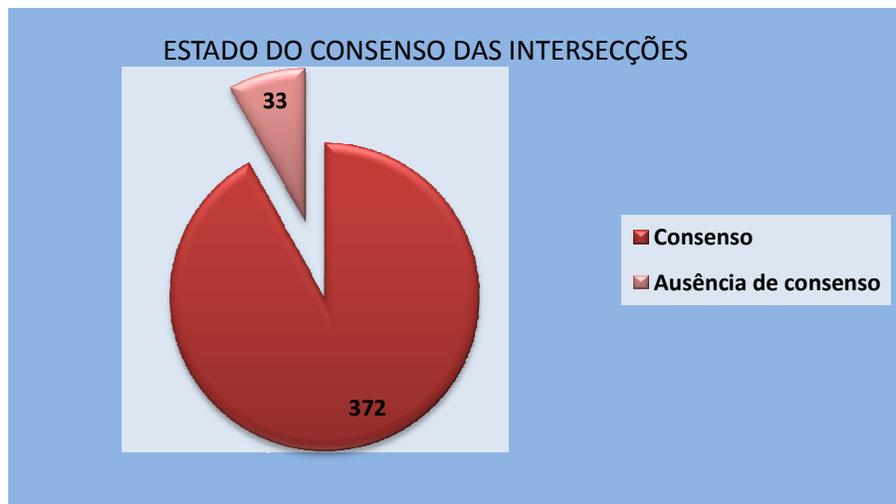
Gráfico 6: Distribuição do consenso alcançado relativo à possível abrangência do impacto das 81 intervenções nas ARCS consoante a cada rodada do estudo



B) Estado do consenso entre os especialistas por ARCS para cada intervenção

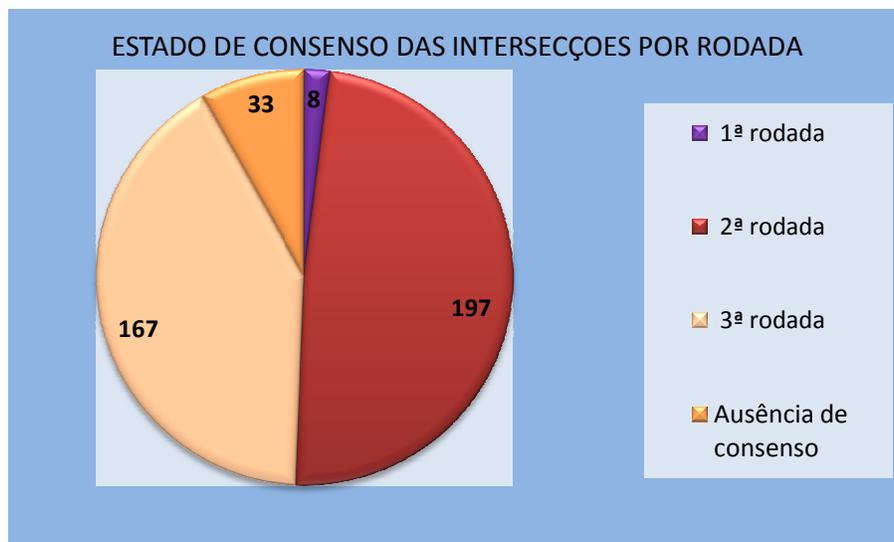
Debruçando-se sobre as intersecções (cruzamentos) entre cada uma das 81 intervenções e as cinco ARCS consideradas no estudo, para analisar o consenso gerado entre os especialistas sobre a possível abrangência do impacto em todas as rodadas, foi constatado que do total de 405 intersecções possíveis, 33 (8% das intersecções) não apresentaram consenso e 372 (92% das intersecções) apresentaram consenso (ilustrado no Gráfico 7).

Gráfico 7: Estado do consenso entre os especialistas, quanto à possível abrangência do impacto relativo a intersecções entre as 81 intervenções e as 5 ARCS (total de 405 intersecções), consoante ao processo total de rodadas



Ao ser analisado o consenso gerado entre os especialistas, com um enfoque nas intersecções entre as intervenções e as ARCS por rodada (dados ilustrado no Gráfico 8), foi observado que do total de 405 intersecções, na primeira rodada oito (2% das intersecções) apresentaram um consenso entre os especialistas quanto à possível abrangência do impacto, 197 (49% das intersecções) na segunda rodada, 167 (41% das intersecções) na terceira rodada e 33 (8% das intersecções) não tiveram consenso durante todo o processo. Assim, pode-se constatar que um maior número de consenso entre os especialistas foi atingido na segunda rodada (49% das intersecções) e, em contrapartida, apenas 2% das intersecções atingiram um consenso entre os especialistas na primeira rodada.

Gráfico 8: Estado do consenso entre os especialistas, quanto à possível abrangência do impacto relativo a intersecções entre as 81 intervenções e as 5 ARCS (total de 405 intersecções), por rodada



5.3- A “Existência” ou “Não Existência” de um Possível Impacto das Intervenções Propostas

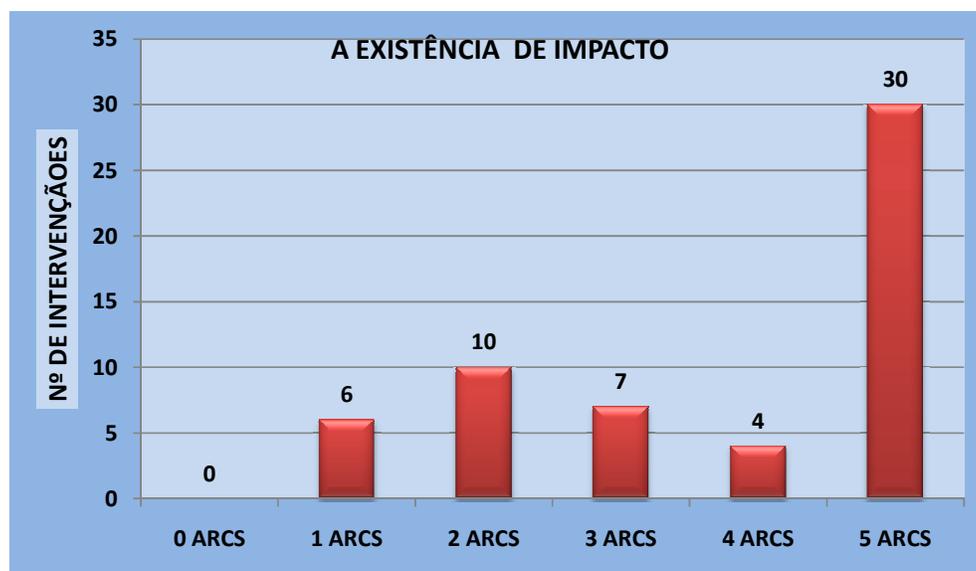
Como pode ser verificado na *Tabela 12* (anteriormente exibida), das 57 intervenções que tiveram o consenso atingido entre os especialistas, **todas** apresentaram a “existência” de um possível impacto em pelo menos uma das ARCS:

- Seis intervenções (10,52% das intervenções que atingiram o consenso) apresentaram um possível impacto apenas numa das ARCS, cinco destas

intervenções apresentaram o possível impacto apontado na ARCS de “Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde” com uma moda de impacto moderado;

- 10 intervenções (17,54%) apresentaram um possível impacto em duas ARCS;
- Sete intervenções (12,28%) apresentaram um possível impacto em três das ARCS;
- Quatro intervenções (7,01%) apresentaram um possível impacto em quatro das ARCS,
- 30 intervenções (52,63%) apresentaram um possível impacto em todas as ARCS (informações ilustradas no Gráfico 9).

Gráfico 9: Distribuição das 57 intervenções que tiveram o consenso alcançado por número de ARCS que apresentaram um possível impacto



A área que apresentou um maior número de intervenções que atingiram um consenso quanto à “não existência” de um possível impacto foi a de “Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas” com 29 intervenções, seguida pela área de “Cuidados no Trabalho de Parto” com 26 intervenções.

Quanto à área que ofereceu um maior número de intervenções que apresentaram a “existência” de um possível impacto foi a de “Prestação de Serviços de Saúde” (66 intervenções), e “Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde, (66 intervenções); ver *Tabela 13*.

Tabela 13: Número de intervenções que atingiram um consenso entre os especialistas quanto à “existência” ou à não “existência” de um possível impacto e intervenções que não atingiram um consenso

	Actividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde					TOTAL
	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Serviços de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde	
“Não Existência” de um Possível Impacto	15	26	29	7	6	83
A “Existência” de um Possível Impacto	60	50	47	66	66	289
Ausência de consenso	6	5	5	8	9	33
TOTAL	81	81	81	81	81	405

5.4- A Frequência da Possível Abrangência do Impacto das Intervenções Propostas nas ARCS

Como pode ser verificado no Gráfico 10 e Tabelas 14, a seguir, a distribuição da abrangência do impacto relativo às 81 intervenções nas 5 ARCS apresentou-se da seguinte forma:

- **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância:** Um total de 75 intervenções propostas tiveram consenso atingido entre os especialistas, referente à possível abrangência do impacto que teriam sobre esta ARCS: 15 intervenções (20%) não teriam impacto sobre esta área, 16 (21,33%) apresentariam um baixo impacto, 30 (40%) um impacto moderado, 10 (13,33%) um impacto considerável e quatro (5,33%) um alto impacto. Ter-se-ia como moda, um impacto moderado em 40% das intervenções.
- **Cuidados no Trabalho de Parto:** Um total de 76 intervenções propostas tiveram consenso entre os especialistas: 26 intervenções (34,21%) não teriam

impacto nesta área, 20 (26,31%) baixo impacto, 26 (34,21%) um impacto moderado, duas (02,63%) um impacto considerável e duas (02,63%) alto impacto. Ter-se-ia como moda, impacto nulo e moderado em aproximadamente 34% das intervenções cada.

- **Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas:** Um total de 76 intervenções propostas tiveram consenso entre os especialistas: 29 intervenções (38,15%) não teriam impacto nesta área, 34 (44,73%) baixo impacto, 12 (15,78%) impacto moderado, nenhuma (0%) impacto considerável e uma (01,31%) alto impacto. Ter-se-ia como moda, baixo impacto em aproximadamente 45% das intervenções.
- **Prestação de Serviços de Saúde:** Um total de 73 intervenções propostas obtiveram consenso: sete intervenções (09,58%) não teriam impacto, 21 (28,76%) baixo impacto, 33 (45,20%) impacto moderado, 10 (13,69%) impacto considerável e duas (2,73%) alto impacto. Ter-se-ia como moda, moderado impacto em aproximadamente 45% das intervenções.
- **Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde:** Um total de 72 intervenções propostas tiveram consenso entre os especialistas: seis intervenções (08,33%) não teriam impacto nesta área, 13 (18,05%) baixo impacto, 32 (44,44%) impacto moderado, 17 (23,61%) impacto considerável e quatro (5,55%) alto impacto. Ter-se-ia como moda, impacto moderado em aproximadamente 44% das intervenções.

Gráfico 10: Distribuição da possível abrangência do impacto das intervenções nas ARCS que alcançaram um consenso ao finalizar todas as rodadas

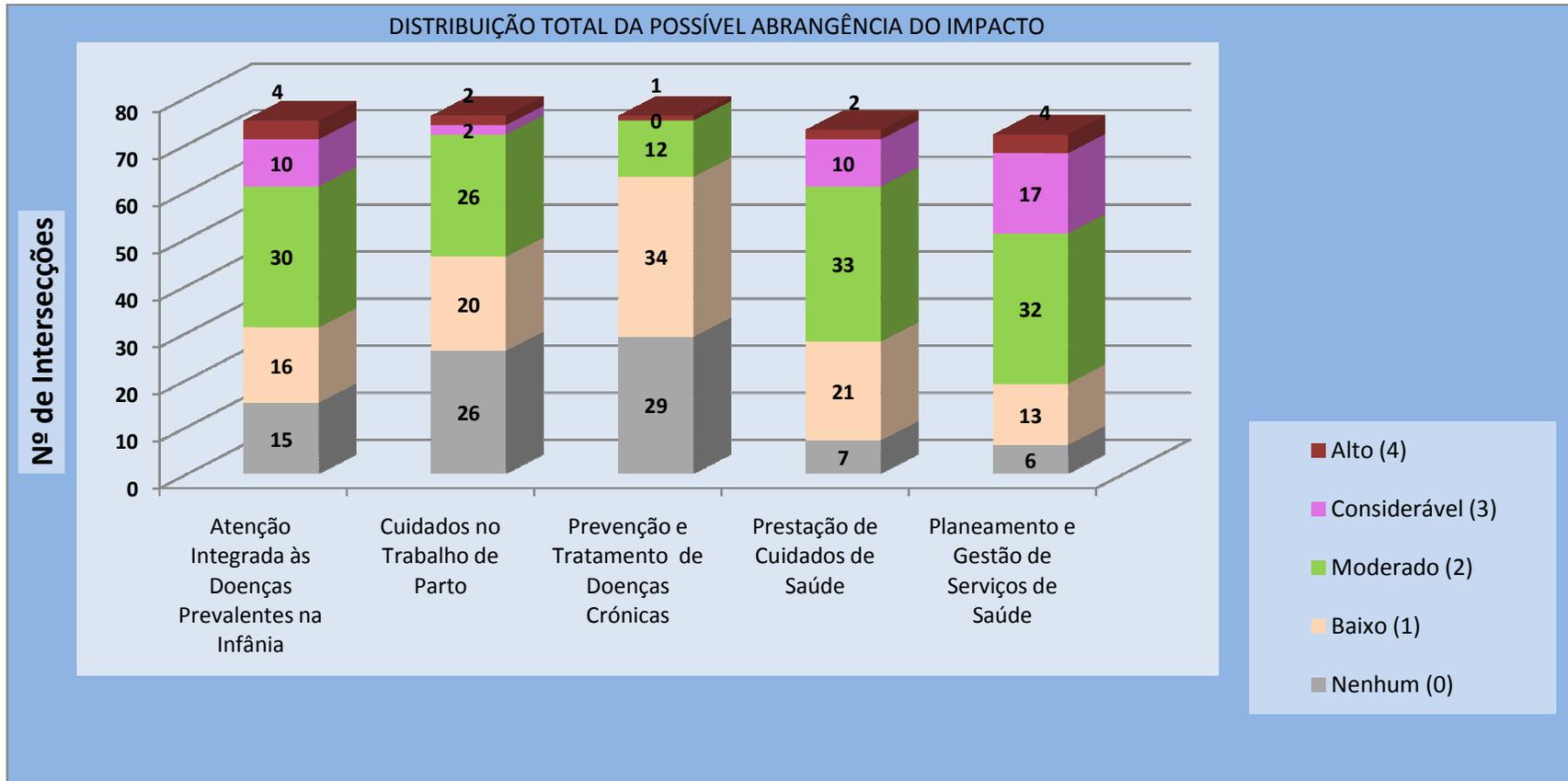


Tabela 14: Moda e Frequência da possível abrangência do impacto das intervenções nas ARCS que alcançaram o consenso entre os especialistas em todas as rodadas

	Actividades Relacionadas com os Cuidados de Saúde				
	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	Cuidados no Trabalho de Parto	Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas	Prestação de Serviços de Saúde	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
Moda	Moderado	Nulo e Moderado	Baixo	Moderado	Moderado
Frequência	30	26	34	33	32
Porcentagem	40,00%	34,21%	44,73%	45,20%	44,44%

O maior impacto das intervenções (considerando a pontuação alta-4 e considerável-3 dada para as intervenções), segundo o consenso entre os especialistas consultados, ter-se-á nas ARCS de Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde (21 intervenções, ou seja, 29,61%), seguida pela Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (14 intervenções, ou seja, 18,66%).

O menor impacto das intervenções (considerando a pontuação nula -0 e baixa- 1 dada para as intervenções), conforme a opinião dos especialistas consultados, ter-se-á nas ARCS de Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas (63 intervenções, ou seja 82,88%) seguida pelos Cuidados no Trabalho de Parto (46 intervenções, ou seja, 60%).

5.5- Processo de Evolução do Consenso

Quando analisado o processo de evolução de consenso através da observação do número de intervenções que tiveram o seu consenso atingido em cada rodada, consoante o seu possível impacto nas ARCS (dados representados nos Gráficos 11 e 12):

- Relativamente ao consenso gerado entre os especialistas quanto às intervenções que teriam um impacto nulo sobre cada ARCS foram gerados 7 consensos (8,43% do consenso relativo ao nulo impacto) na primeira rodada, 48 (57,83%) na segunda e 28 (33,73%) na terceira rodada.
- No que diz respeito ao consenso gerado entre os especialistas quanto as intervenções que teriam um baixo impacto sobre cada ARCS foi gerado 1 consenso (0,96% do consenso relativo ao baixo impacto) na primeira rodada, 63 (60,57%) na segunda rodada e 40 (38,46%) na terceira rodada.

- Referente ao consenso gerado entre os especialistas quanto as intervenções que teriam um impacto moderado sobre cada ARCS não foi gerado consenso algum (0% do consenso relativo ao moderado impacto) na primeira rodada, 72 (54,13%) na segunda rodada e 61 (45,86%) na terceira rodada.
- Respeitante ao consenso gerado entre os especialistas quanto às intervenções que teriam um impacto considerável sobre cada ARCS não foi gerado nenhum consenso (0% do consenso relativo ao moderado impacto), 16 (41,02%) na segunda rodada e 23 (58,97%) na terceira rodada.
- Relacionado com o consenso gerado entre os especialistas quanto as intervenções que teriam um impacto alto sobre cada ARCS não foi gerado consenso algum (0% do consenso relativo ao moderado impacto), 0 (0%) na segunda rodada e 13 (100%) na terceira rodada.

Assim sendo, é possível afirmar que o maior número de consenso gerado entre os especialistas, conforme a possível abrangência do impacto das intervenções para cada ARCS, aconteceu na segunda rodada para o impacto nulo com 48 ARCS (57,83%), para o impacto baixo com 63 ARCS (60,57%) e para o impacto moderado com 72 ARCS (54,13%). Na terceira rodada, foi gerado um maior número de consenso para o impacto considerável com 23 ARCS (58,97%) e para o alto impacto alto com 13 ARCS (100%).

Gráfico 11: Número de Intersecções que atingiram um consenso entre os especialistas, conforme a possível abrangência do impacto por cada rodada

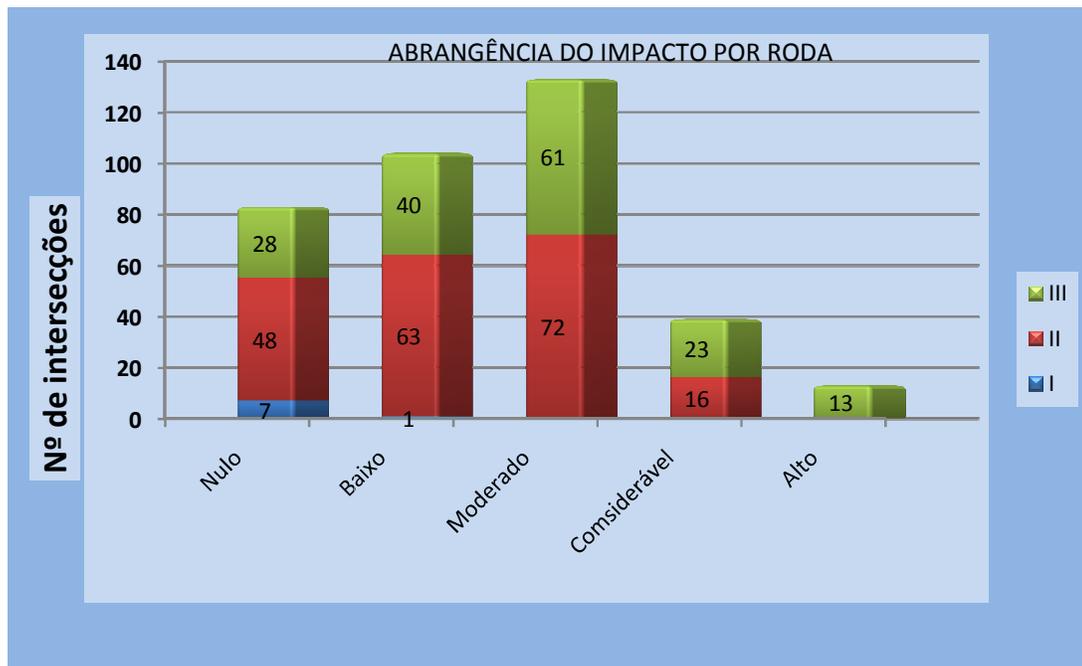
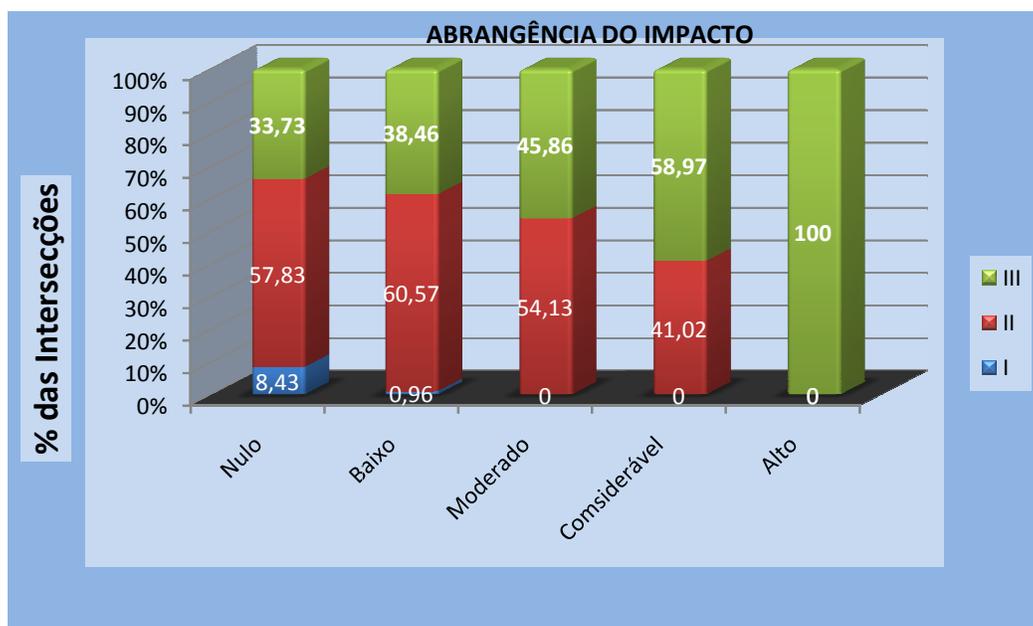


Gráfico 12: Percentagem das intersecções que tiveram o consenso atingido, conforme a possível abrangência do impacto, por rodada



5.6- Intervenções que Apresentaram um Possível Impacto Variado Entre Considerável e Alto

Debruçando-se sobre as intersecções das intervenções que atingiram consenso da abrangência do seu impacto entre considerável e alto nas ARCS, observou-se que intervenções como “Train all workers: the managers of the 7 DSR (Deputation Health Regions) and the 11 DS (Health Districts), the teams of health center and hospital staff, members of the community in IMCI, Antenatal care (ANC) and Expanded Programme for immunization (EPI) and mobilize the population around health activities” tem um maior potencial de apresentar um impacto na área da “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância”; a intervenção “Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual)” tem um potencial de impacto em áreas como “Cuidados no Trabalho de Parto”, Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde. Já intervenções como “Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines” tem um grande potencial de apresentar um impacto em quase todas as áreas com exceção da “Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde”.

Já num plano geral relativamente às intervenções que atingiram consenso da abrangência do seu impacto entre considerável e alto nas ARCS, observou-se que :

- As intersecções consideradas de alto impacto representavam na ARCS de Cuidados no Trabalho de Parto 50% das intersecções (2 no total de 4, ao considerar as intervenções de alto e considerável impacto) e na ARCS de Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas 100% das intersecções (1 no total de 1).
- Em contrapartida, as intersecções consideradas de impacto moderado representavam na ARCS de Prestação de Serviços de Saúde (aproximadamente 83 % das intersecções, 10 no total de 12); na ARCS de Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde (aproximadamente 85%, 18 no total de 21); e na ARCS de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (aproximadamente 71%, 10 no total de 14) (Tabela: 15).

Tabela 15: Intervenções que atingiram um consenso entre os especialistas que possivelmente apresentaram um impacto a variar entre considerável e alto (*intervenções consideradas de alto impacto)

IA	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	IA	Cuidados no Trabalho de Parto	IA	Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas	IA	Prestação de Serviços de Saúde	IA	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
3	Train province -regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.	2*	Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).	27*	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.	2*	Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).	2	Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).
4	Purchase of refrigerators (200) to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health Package) at all levels of health care system.	25	Provide essential equipment and future (according to standards) for 2 hospitals annually in each of the four states (focus on maternal, neonatal and EmOC - Emergency Obstetric Care).			3	Train province -regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.	3*	Train province -regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.
7*	Establish mobile teams at district/raon level from existing medical staff of rural health centers, Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) centers, reproductive health centers and centers for immune prophylaxis and define their itinerary and schedule	27*	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.			5	Purchase of 30 motor cycles to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health package) at all levels of health care system.	5	Purchase of 30 motor cycles to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health package) at all levels of health care system.
8*	Train all workers: the managers of the 7 DSR (Deputation Health Regions) and the 11 DS (Health Districts), the teams of health center and hospital staff, members of the community in *IMCI, ** Antenatal care (ANC) and *** Expanded Programme for immunization (EPI) and mobilize the population around health activities.	52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).			7	Establish mobile teams at district/raon level from existing medical staff of rural health centers, Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) centers, reproductive health centers and centers for immunoprophylaxis and define their itinerary and schedule	12	Train senior and mid-level health managers in all 11 northern states and 20 localities on short courses/on-job capacity building programme on health planning, district health management, leadership.
9	Supply of the cold chain for 20 new health centers.					12	Train senior and mid-level health managers in all 11 northern states and 20 localities on short courses/on-job capacity building programme on health planning, district health management, leadership.	14	Provide copies of the planning and instructional manual to 11 SMOH (State Ministries of Health) and 20 Localities Management Teams to strengthen/build core systems and capacities (organization and management; health planning and development, health financing; health management information system and monitoring and evaluation).
13	Training of teaching staff on imparting training on IMNCI - Integrated Management of Newborn & Childhood Illness (4 courses X 6 days X 16 persons).					17	Provision of local Technical Assistance (TA) to assist with developing an HR plan (and potentially organizing an HR unit) and strengthening of MOHSW HR management; (Ministry of Health and Social Welfare - Human Resources for Health).	15	Provide TA (technical Assistance) for developing/adapting pro-poor, comprehensive and sustainable health financing policy in 11 Northern states.
16*	Establish ORT (oral rehydration therapy) corners in 6,561 FLCFs (50%).					21	Establish an M & E system to monitor and evaluate the regular and appropriate use of the National Health Information and management system.	18	Provide data management tools and conduct regular training and refresher training of key health workers on data collection, analysis, management of information and resources.
27*	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.					27*	Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.	33	Conduct mapping of private clinics in Kampala and municipalities.
35	Construct 24 district stores in new districts to improve the delivery of National Minimum Health Care Package including immunization by providing the necessary infrastructure, logistics supplies and management training.					29	Ensure planning and integrated regular supervision of health activities: Provide transport costs reimbursements as well as per diems for supervisors and participants to the annual (micro) planning seminars, produce an annual work plan.	42	Develop integrated monitoring in the health districts.

(*intervenções consideradas de alto impacto)

IA	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância	IA	Cuidados no Trabalho de Parto	IA	Prevenção e Tratamento de Doenças Crônicas	IA	Prestação de Serviços de Saúde	IA	Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde
48	Equip Health Centres or Health Posts with medical equipment and cold chain supplies.					52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).	43	Develop schedule of visits to the selected rural areas.
51	Expansion and inclusion of newborn care in Community Based Integrated Management of Childhood Illness (CB-IMCI) to reduce childhood morbidity and mortality in the remaining 11 districts where CB -IMCI has not been introduced.					73	Provide seed stock of essential drugs to 960 existing PHC (Primary Health Care) facilities, over 2 years.	44	Development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country by: review existing systems and to develop a draft manual to harmonize them.
52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).					79	Health system Research in monitoring health system performance.	46	Effective integration of health services and programmes in the execution of medical interventions at all levels to reinforce of the organization and management of health services.
68	Posting of trained PHC (Primary Health Care) staff of correct skill mix to 10 underserved districts starting from year 2010.							52	Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).
81	Strengthen the social mobilization at the community level and advocacy at the decision-makers level.							53*	Train the Provincial Management Teams including the District Management Officers in planning, monitoring and evaluation.
								54	Train the Health District Officers in management.
								55*	Health manager training at the regional level in order to improve the health system performance by establishing an integrated health management system at country level and below.
								59	Institutionalize implementation of health workers performance appraisal (PA) systems at all levels of the health system.
								60	Introduce and test in 5 Health Districts different strategies aimed at increasing population's financial accessibility to service delivery through: 1) local social insurance mechanisms and 2) vouchers for malaria treatment and prevention.
								65	Organize monthly meetings for both health coordination and dissemination of the epidemiological surveillance data: Pay transport costs and per diems for 20 participants.
								74	Providing pick-up trucks and motorcycles and associated maintenance costs to district health offices to enable health workers to conduct outreach services and supervisory visits, carry out effective referrals, and respond to outbreaks and other emergencies.
								79	Health system Research in monitoring health system performance.

(*intervencões consideradas de alto impacto)



DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo é apresentada a comparação dos principais resultados com a literatura existente, os pontos fortes e as limitações do estudo; as implicações; e as considerações finais.

Os estudos realizados sobre os fundos de fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, até o presente momento, referem-se apenas a acções, classificadas conforme o componente crítico que influenciará (Governança, Prestação de Serviço, Financiamento e Intervenções utilizadas por Lewin et al., 2008, ou Prestação de Serviços, RHS, Informação, Produtos Médicos, Vacinas e Tecnologias, Liderança e Governança e Financiamento utilizada pela OMS), e às consequências que estas intervenções têm sobre os objectivos dos sistemas de serviços de saúde (qualidade na prestação de serviços, protecção financeira, etc).

Entretanto, não se referem ao impacto que as mesmas causaram em áreas específicas dos cuidados de saúde (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância; Tratamento e Prevenção de Doenças Crónicas e Cuidados no Trabalho de Parto) ou de gestão em saúde (Prestação de Serviços de Saúde e Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde). Por este motivo, de falta de evidência científica na área, foi escolhida a técnica Delphi para ser utilizada neste estudo.

Quando analisadas as distribuições das intervenções conforme o componente crítico a que esta pertence, foi possível observar que as intervenções apresentaram maior ênfase nos componentes críticos dos sistemas de serviços de saúde **Liderança e Governança** (25 intervenções), **Produtos Médicos, Vacinas e Tecnologia** (18 intervenções), **Recursos Humanos em Saúde** (17 intervenções) e **Informação** (17 intervenções). Em contrapartida, tiveram menor ênfase nos componentes críticos **Prestação de Serviços** (3 intervenções) e **Financiamento** (4 intervenções).

O componente crítico **Informação**, representado em grande parte das intervenções analisadas, como referido pela OMS (WHO, 2007b) tem três domínios: determinantes de saúde; desempenho de sistemas da saúde; e estado de saúde da população. Assim, o investimento no fortalecimento da informação em saúde não contribuirá somente para a redução da vulnerabilidade às ameaças de saúde pública, mas também para uma melhor compreensão do processo saúde-doença, assim como, permitirá informar os principais actores sobre o desempenho do sistema de saúde.

Conforme aponta Kerber et al. (2007), o componente **RHS** é um dos três principais inputs dos sistema de serviço de saúde, juntamente com o capital físico e materiais de consumo. Deste modo, um ponto crucial na formação de um sistema de serviço de saúde

adequado são mudanças e melhorias no trabalho e comportamento dos profissionais (Global Health Watch, 2005). Entretanto, o desempenho dos RHS é afectado por diversos factores, desde um salário inadequado a uma insuficiente diversidade de profissionais. Portanto, esta melhoria não pode ser alcançada apenas com o financiamento dos profissionais, é necessário também um adequado stock de equipamentos essenciais, para permitir que os profissionais possam exercer os seus conhecimentos apropriadamente. No caso das intervenções em questão, foi classificado um grande número com ênfase directa nos **Produtos Médicos, Vacinas e Tecnologia** e nos **RHS**.

A forma de financiamento de um serviço de sistema de saúde é um factor determinante na saúde da população. Em muitos países, o nível de despesa é ainda insuficiente para assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde e às intervenções básicas e essenciais (WHO, 2009). Contudo, a componente crítica **Financiamento** não apresentou um peso importante nas intervenções seleccionadas (4 intervenções).

Já a **Liderança e Governança**, descrita pela OMS (WHO, 2007b) como ponto chave para a utilização eficaz dos recursos nacionais e internacionais, tanto humanos como financeiros, tem como intuito principal garantir a melhoria da cobertura dos serviços de saúde com a distribuição eficiente e responsável dos profissionais e de outros recursos. Este componente crítico apresentou-se em grande parte das intervenções analisadas, sendo o maioritário com 25 intervenções.

É importante salientar que o componente crítico **Prestação de Serviços**, mesmo não se tendo o carácter directo de melhoria, em grande parte da amostra, foi apresentado indirectamente numa ampla parte das intervenções que desenvolveram a melhoria dos RHS. Esse facto explica-se devido a 11 intervenções voltadas para os RHS terem como intuito final a melhoria da prestação de serviço de saúde.

Entretanto, por mais que um fortalecido sistema de serviços de saúde seja um dos pontos cruciais para o alcance dos ODM, não é o único factor. Como demonstrado pelo modelo da UNICEF (1997), sobre as causas “básicas” da morbilidade e da mortalidade infantil onde a distribuição de poder, a influência política e os recursos económicos dão forma ao estado de saúde da população. Neste contexto, conforme apontado por Global Health Watch (2005) o desafio de melhorar a saúde global está intrinsecamente ligado ao desafio da pobreza difusa e crescente.

No caso particular das intervenções em análise, o ambiente político, económico, sociocultural, jurídico, institucional e físico; a exequibilidade das intervenções; e a abertura

do país às mudanças necessárias para a implementação das intervenções são factores que poderão mudar o impacto de uma determinada intervenção numa determinada área.

Pontos Fortes e Limitações do Estudo

Este estudo apresentou algumas limitações e pontos fortes que serão resumidos a seguir:

- Em geral, o Delphi apresenta um baixo grau de qualidade de evidencia ao compará-lo a outros metodos como, por exemplo, o ensaio clínico;
- Quando analisado o item “consenso”, como apontado por Hasson et al. (2000), a existência de um consenso gerado pela técnica Delphi não significa necessariamente que uma resposta correcta foi encontrada.
- A não análise dos diferentes contextos existentes em cada uma das intervenções impediu a verificação da influência do contexto na execução destas. Como exemplo, a não análise do possível impacto devido à existência de outros fundos a actuarem paralelamente no país ou até que ponto as actividade prevêm o envolvimento da população;
- Os resultados alcançados podem diferir quando consultado outro grupo de especialistas, pelo facto da amostra dos especialistas neste estudo não ter sido aleatória;
- Como apresentado por Harold (1974), a primeira rodada representa a expressão da opinião individual dos especialistas; quanto às demais, pode-se questionar se os membros do painel reflectiram realmente sobre as respectivas respostas através da opinião dos outros membros em direção a uma genuina integração de opinião, ou se estes foram pressionados a um consenso. O mesmo autor, ao referir-se a Stogdill (1959) e Berelson e Steiner (1964), aponta o efeito psicológico e social da tendência dos indivíduos confirmarem a opinião do grupo quando se deparam com situações não estruturadas e, particularmente, quando o nível de motivação não é elevado.

Todavia, a utilização de outros métodos para atingir um consenso de opiniões como, por exemplo, a condução de uma mesa redonda, poderia também apresentar outros problemas como a interferência gerada pelo membro que possui uma posição privilegiada, ou mesmo a melhor habilidade de expressão, o chamado “efeito psicológico” (LINSTONE e TUROFF, 2002).

Além disso, a execução de outro estudo Delphi com uma amostra aleatória dos peritos e com a inclusão do contexto de todas as intervenções apresentadas seria dificilmente praticável. Haveria primeiramente a necessidade de recolher uma lista de trabalhadores das três organizações e, posteriormente, classificá-los como especialistas ou não das áreas em estudo (saúde pública, materno e infantil). Tal tarefa teria certo grau de dificuldade, pois envolveria a “opinião” do investigador na definição e medição do desempenho do indivíduo a ser seleccionado para constituir o painel de especialistas.

Em relação à inclusão do contexto para cada intervenção a ser avaliada, seria indispensável um estudo não só documental, mas também de campo sobre o contexto local de implementação da intervenção. Esta atitude envolveria o investimento de um maior tempo por parte dos especialistas consultados, assim como induziria possivelmente a uma maior fadiga e maior número de desistências. Desta forma, as mudanças na implementação do trabalho citadas acima, além de dificuldades metodológicas, envolveriam o emprego de um maior número de recursos tanto materiais e financeiros, como humanos.

Caso fosse utilizada a mesma estratégia deste trabalho, alterando-se somente o número de rodadas, de forma a diminuí-las, correr-se-ia o risco de não se alcançar um consenso da possível abrangência do impacto, pois 63% das intervenções tiveram consenso atingido na terceira rodada.

Contudo, apesar das limitações em relação aos resultados alcançados pela utilização da técnica Delphi, esta ainda é recomendada quando não se dispõe de dados quantitativos ou quando estes não podem ser projectados para o futuro com segurança (WIGHT e GIOVINAZZO 2000), situação configurada neste estudo.

Implicações

Os resultados podem ser considerados, com alguma ponderação, como uma base científica para os principais actores envolvidos; um instrumento de auxílio nas discussões de política actuais; e uma contribuição na obtenção de um melhor entendimento do impacto dos fundos internacionais no fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde e das iniciativas na formação de políticas e processos de planeamento nacional.

É necessário também salientar que os resultados não podem ser considerados como um elemento isolado. Devido às restrições já listadas neste capítulo, recomenda-se o acompanhamento do impacto existente através da avaliação das intervenções propostas e executadas numa amostra de países. Também é necessário uma análise mais detalhada de

cada proposta em termos de exequibilidade das intervenções e mudanças necessária para a sua execução.

O potencial de impacto das intervenções no fortalecimento dos sistemas também dependerá da adequada identificação dos constrangimentos de base e barreiras dos sistemas. Conforme referido por Travis et al (2004), um constrangimento normalmente retém diversos factores subjacentes, normalmente interdependentes, e os esforços para ultrapassar um constrangimento em particular são menos possíveis de ser bem sucedidos se esta relação não for levada em consideração.

Também o potencial positivo do Fundo GAVI HSS é comprometido se não existir um controle adequado da influência provocada pelas já existentes GHIs no país, devido à possível duplicação, distorção, interrupção e outros impactos negativos descritos no *Capítulo 1*, apontados como possíveis consequências negativas das GHIs.

Por fim, devemos procurar o bom funcionamento das principais funções dos serviços e sistemas de saúde tendo em conta suas características, objetivos e contexto, pois conforme apresentado pela OMS (WHO, 2007b), não existe uma melhor prática única que possa ser utilizada como modelo para melhorar o desempenho dos sistemas.

Considerações Finais

O presente estudo alcançou as respostas para as três questões inicialmente levantadas.

Quanto ao possível impacto das intervenções analisada, foi identificado que todas as que alcançaram o consenso entre os especialistas consultados terão um possível impacto noutras áreas para além da vacinação.

Quanto à abrangência deste impacto, foi identificado, conforme o consenso alcançado entre os especialistas consultados, que haverá uma variação nas ARCS analisadas nas áreas de cuidados de saúde e de gestão em saúde. A maioria das intervenções que apresentará um possível impacto está relacionada com a ARCS “Prestação de Serviços de Saúde” e com a ARCS “Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde”. O maior número de intervenções identificadas que possivelmente não apresentará impacto estão relacionadas com a ARCS “Prevenção e Tratamento de Doenças Crónicas”.

Com base nos dados acima apresentados, pode-se concluir que, num plano geral, as intervenções apresentarão possivelmente um maior impacto nas áreas de gestão de saúde do que nas áreas dos cuidados de saúde.

Entretanto algumas questões permanecem sem resposta como, por exemplo, a falta de conhecimento sobre a possível existência de uma inequidade entre a necessidade de melhoria

de cada ponto crítico dos sistemas de serviços de saúde, ou apenas uma inadequada distribuição das intervenções propostas ao GAVI HSS analisadas neste estudo entre os pontos críticos dos sistemas.

Outra indagação refere-se se a identificação e priorização dos problemas levantados pelos países e suas respectivas causas se deram de forma adequada. Igualmente pode ser apontado o desconhecimento se as soluções identificadas estariam integradas nas actividades dos sistemas de serviços de saúde e nos demais fundos de financiamento. Por fim, a permanência da incógnita quanto à importância do contexto na execução das intervenções e no impacto que estas apresentarão nas ARCS em estudo.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALDLER, M. e ZIGLIO, E. **Gazing into the Oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health.** Jessica Kingsley, 1996.

ASTIGARRAGA, E. **El método Delphi.** p.14. Disponível em:<http://www.cgee.org.br/prospeccao/index.php?cgee_categoria_cat_id=&cgee_info_inf_id=1&operacao=Manut&palavra=Delphi&serv=info/categoria/registros>. Acesso em: 09/08/08.

BARRETT, S. Eradication versus control: the economics of global infectious disease policies. **Bulletin of the World Health Organization** [S.I.], v. 82, n. 9, p. 683-8, Sep 2004.

BEAGLEHOLE, R. e BONITA, R. K. **Basic epidemiology.** 1. ed. Geneva: World Health Organization, 1993.

BERELSON, B. e STEINER, G. A. Human behavior: an inventory or scientific findings Harcourt, Brace and World, New York, 1964 Cited in: HAROLD, S. **Delphi Assessment: expert opinion, forecasting and group process.** United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA, p.130. 1974

BLACK, R. E. et al. Where and why are 10 million children dying every year? **The Lancet** [S.I.], v. 361, n. 9376, p. 2226-34, Jun 28 2003.

BOURGEOIS, J. et al. **The Delphi method: a qualitative means to a better future.** p.4, NA. Disponível em:<http://www.freequality.org/sites/www_freequality_org/Documents/knowledge/Delphimethod.pdf>. Acesso em: 21/01/08.

BRYCE, J. et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. **Lancet** [S.I.], v. 368, n. 9541, p. 1067-76, Sep 23 2006.

CAINES, K.e KENT, B. Assessing the impact of Global Health Partnerships. DFID Health Resource Centre, 2004.

CANTRILL, J. A. et al. The Delphi and nominal group techniques in health services research. **International Journal of Pharmacy Practice**, n4: p67-74, 1996 Cited in : THANGARATINAM, S.; REDMAN, C. W. The Delphi technique. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 7, p.120-125, 2005.

CENTER, G. **The HERO e-Delphi system: Overview and implementation.** 2001. p. 6.

CLAESON, M. et al. Knowledge into action for child survival. **The Lancet** [S.I.], v. 362, n. 9380, p. 323-7, Jul 26 2003.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative and quantitative approaches.** SAGE: Thousand Oaks, 1994.

CRITCHER, C. e CLADSTONE, B. **Utilizing the Delphi technique in policy discussion: a case study of a privatized utility in Britain.** **Public Administration**, 76, PP 431- 449, 1998

Cited in: VILLIERS, M. R. D. et al. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, v. 27, n. 7, p.639-643, 2005

DALKEY, N. C. **Delphi**. United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA. 1967

DANTAS, M. M. e SOUZA, U. E. L. D. **Proposição de ações para melhoria da produtividade da concretagem em edifícios verticais por meio da utilização do método Delphi**. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 2007. p. 16.

DAVIS, W. S. **A day in old Athens**. About.com Ancient / Classical History, 1910. Disponível em: <http://ancienthistory.about.com/library/bl/bl_text_wsd_cont.htm>. Acesso em: 03/09/08.

DELBECQ, A.L.et al. **Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes**. EUA. Illinois. Scott, Foresman and Company, 1975 Cited in: DANTAS, M. M.; SOUZA, U. E. L. D. Proposição de ações para melhoria da produtividade da concretagem em edifícios verticais por meio da utilização do método Delphi. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 2007. p. 16.

EGGERS, R. M. e JONES, C. M. Practical considerations for conducting Delphi studies: The oracle enters a new age. **Educational Research Quarterly**, 21, 53–66, 1998 Cited in: VÁZQUEZ-RAMOS, R. et al. The Delphi Method. *Rehabilitation Counseling Research*, v. 50, n. win 2007, p.111-118, 2007.

ESTES, G.M. e KUESPERT, D. **Delphi in industrial forecasting**. Chemical and Engineering news, EUA, p.40-47, 1976.

FERRI, C. P. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* [S.I.], v. 366, n. 9503, p. 2112-7, Dec 17 2005.

FINK, A. et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. **American Journal of Public Health** [S.I.], v. 74, n. 9, p. 979-983, 1984.

FISH, S. L., BUSBY, D. M. (1996). The Delphi method. In D. M. SPRENKLE, S. M. MOON (Eds.), **Research methods in family therapy** (pp. 469–482). New York: Guilford Cited in: VÁZQUEZ-RAMOS, R. et al. The Delphi Method. *Rehabilitation Counseling Research*, v. 50, n. win 2007, p.111-118, 2007.

GAVI ALLIANCE. Proposal for GAVI to Invest in Health Systems Strengthening (HSS) Support. **Delhi GAVI Board meetings 6-7 December 2005, p. 12**.

_____. **Health system strengthening core task team and GAVI-led HSS forum membership, mandate and functions for 2007. 2007a**.

_____. **Revised Guidelines for: GAVI Alliance Health System Strengthening (HSS) Applications. 2007b. p. 11**.

_____. **Brasil Anuncia Apoio a Imunização Global e IFFIm para Salvar Milhões entre as Crianças Mais Pobres do Mundo. n. 12/03/08 2008a**.

_____. Health System Strengthening. **HSS Background** 2008b. p. 3.

_____. The GAVI Alliance. 2008c.

GREEN, A. **An Introduction to Health Planning in Developing Countries**. 3. ed.: Oxford University Press, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Global Fund. **The Global Fund's approach to health systems strengthening**. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 5 1 March 2008. The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria, 2008.

Global Health Watch. **Global Health Watch 2005-2006: an alternative world health report**. Zeg Books London, 2008.

GRISI, C. C. D. H. E. e BRITTO, R. P. D. Técnica de cenários e o método Delphi: uma aplicação para o ambiente brasileiro. In: FEA/USP (Ed.). **SEMEAD - FEA/USP**. São Paulo 2001.

HANEFELD, J. How have Global Health Initiatives impacted on health equity? **Promotion & Education** [S.I.], v. 15, n. 1, p. 19-23, 2008.

HANEFELD, J. et al. How have global health initiatives impacted on health equity? **What strategies can be put in place to enhance their positive impact and mitigate against negative impacts?** 2007. p. 32. (A Literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network).

HAROLD, S. **Delphi Assessment: expert opinion, forecasting and group process**. United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA, p.130. 1974

HASSON, F. et al. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing** [S.I.], v. 32, n. 4, p. 1008-15, Oct 2000.

HELMER-HIRSCHBERG, O. **Analysis of The Future: The Delphi Method**. United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA, p.11. 1967

HOGARTH, J. **Glossary of health care terminology**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1975. (Public health in Europe; 4).

HSU, C.-C. e SANDFORD, B. A. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. **Practical Assessment, Research & Evaluation** [S.I.], v. 12, n. 10, p. 8, 2007.

ITALIAN GLOBAL HEALTH WATCH. From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. **Social Medicine** [S.I.], v3, n. 1 p36-48, January, 2008.

JAMISON, D. T. *et al. Priorities in health*. Washington, D.C.: World Bank., 2006.

JONES, J. e HUNTER, D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. **BMJ** [S.I.], v. 311, n. 7001, p. 376-380, August 5, 1995.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projecto**. São Paulo: Pineira, 1992.

JUSTO, C. Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde: metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** [S.I.], v. 13, n. 4, p. 31-47, 1995.

KERBER, K. J. et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. **The Lancet** [S.I.], v. 370, n. 9595, p. 1358-1369, 2007.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. D. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LANCET, T. The world's forgotten children. **The Lancet** [S.I.], v. 361. n. 42003. p. 1.

LANDETA, J. **El Método Delphi: una técnica para previsión de la incertidumbre**. Barcelona: Editorial Ariel, 1999 Cited in: PIOLA, S. F. et al. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. Caderno de Saúde Pública [S.I.], v. 18(Suplemento), p.181-190, 2002

LAWN, J. E. et al. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? **The Lancet** [S.I.], v. 365, n. 9462, p. 891-900, Mar 5-11 2005.

LAWN, J. E. et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. **The Lancet** [S.I.], v. 372, n. 9642, p. 917-27, Sep 13 2008.

LEWIN, S. et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. **Lancet** [S.I.], v. 372, n. 9642, p. 928-39, Sep 13 2008.

LINSTONE, H. e TUROFF, M. **The Delphi Method: techniques and applications**. Boston: Addison- Wesley Company 1975 Cited in: PIOLA, S. F. et al. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. Caderno de Saúde Pública [S.I.], v. 18(Suplemento), p.181-190, 2002

_____. **The Delphi method: techniques and applications**. Newark,; 2002. Disponível em: <<http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/>>. Acesso em: 02/09/08.

LORENZ, N. Effectiveness of global health partnerships: will the past repeat itself? **Bulletin of the World Health Organization** [S.I.], v. 85, n. 7, p. 567-8, Jul 2007.

MARTINO, J. P. Technological forecasting for decision making. New York. **Elsevier Science Publishing**, 1983.

MENEZES, A. M. B. Noções básicas de epidemiologia. In: REVINTER (Ed.). **Epidemiologia das doenças respiratórias**. Rio de Janeiro, 2001. Cap.1. p. 1-25.

MESH, M. S. H.-. **NLM's controlled vocabulary used for indexing articles for MEDLINE/PubMed**. v. 2008. n. February 222008. p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.

MICOVIC, P. **Health planning and management glossary**. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 1984. (SEARO regional health papers ; no. 2).

MILLS, A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. **Social Science and Medicine** [S.I.], v. 17, n. 24, p. 1971-81, 1983.

MORICOCHI, L. *et al.* Método delphi como alternativa para previsão de safras: o exemplo do café. **Informações Econômicas**, v. 25, n. 12, 1995. Disponível em: <<http://www.iea.sp.gov.br/out/verTexto.php?codTexto=1485>>. Acesso em: 05/06/08.

MULLEN, P. M. Delphi: myths and reality. **Journal Health Organization and Management**. 17:1 2003 7-57

MURRY, J. W. e HAMMONS, J. O. Delphi : a versatile methodology for conducting qualitative research, review of **Higher Education**, 18 , p. 423-436, 1995 Cited in : VILLIERS, M. R. D. et al. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, v. 27, n. 7, p.639-643, 2005.

MURPHY, M. et al. **Consensus development methods**. Health Technology Assessment, 1998.

NUNES, C. e AFONSO, A. **Apontamentos de intrução às probabilidades e à estatística**. Évora, 2005. (Área Departamento de ciências exactas, 2).

OH, K. H. **Forecasting through hierarchical Delphi**. Doctoral dissertation, The Ohio State University, Columbu., 1974. Unpublished Work Cited in Hsu, C.; Sandford B. A. (2007). *the Delphi Technique: Making Sence Of Consensus. Practucal Assessment, Research & Evaluation*. 12 (10) August 2007.

OPAS. **140ª Sessão do Comitê Executivo -Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de junho de 2007**. OPAS/OMS Washington, 2007

OXFAM. **Avaliação de impacto dos trabalhos de ONGs: aprendendo a valorizar as mudanças**. São Paulo: Cortez, 2002. (2).

PEARSALL, J. **The concise Oxford dictionary**. New York: Oxford University Press, 1999. p. 1666.

PILL, J. The Delphi methodo: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio- Economic Planning Science*. Cited in Hsu, C.; Sandford B. A. (2007). *the Delphi Technique: Making Sence Of Consensus. Practucal Assessment, Research & Evaluation*. 12 (10) August 2007 [S.I.], v. 5, p. 57-71, 1971.

PIOLA, S. F. et al. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública** [S.I.], v. 18(Suplemento), p.181-190, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02/09/08.

RESCHER, N. **Dephi and Values**. United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA, p.23. 1969

RUHLAND, S. K. Work force skills and competencies essential for the preparation of individuals for marketing occupations. **Jornal of Vocational Education Research** [S.I.], v. 18, p. 1-21, 1993.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. **Saúde na comunidade: guia orientador para a elaboração de indicadores**. Lisboa: 2003. Disponível em:< http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/saudecomunidade_guia.pdf >. Acesso em: 22/10/08.

SHEFER, D. e STROUMSA, J. Street lighting projects selection: A rational decision making approach. **Socio-Economic Planning Services**, 16, 245–259, 1982 Cite in: VÁZQUEZ-RAMOS, R. et al. The Delphi Method. **Rehabilitation Counseling Research**, v. 50, n. win 2007, p.111-118, 2007.

SHIFFMAN, J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? **Health Policy Plan** [S.I.], v. 23, n. 2, p. 95-100, Mar 2008.

SILVA, E. L. D. e MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SKOLNIK; L., R. **Essentials of Global Health**. Jones and Bartlett Publishers, 2008. (Essential public health).

SNYDER-HALPERN, R. et al. Comparison of mailed vs. internet applications of the Delphi technique in clinical informatics research. **American Medical Informatics Association**, p.5, 2000. Disponível em:<<http://www.amia.org/pubs/symposia/D200120.PDF>>. Acesso em: 01/02/08.

STAHL, N. N. e STAHL, R. J. We can agree after all! **Achieving consensus for a critical thinking component of a gifted program using the Delphi technique**. Review, 14(2), 79–88, 1991 Cited in: VÁZQUEZ-RAMOS, R. et al. The Delphi Method. Rehabilitation Counseling Research, v. 50, n. win 2007, p.111-118, 2007.

STOGDILL, R.M. **Individual behavior and group achievement**. Oxford University Press, New York, 1959 Cited in: HAROLD, S. Delphi Assessment: expert opinion, forecasting and group process. United States Air Force Project Rand. Santa Monica - CA, p.130. 1974

STREINER, D. L e NORMAN, G. R. **Health measurement scales: A practical guide to their development and use**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SYMPOSIUM, E. The Public Health Aspects of Chronic Disease: Report on a Symposium. *EURO Symposium, Cited in Hogarth, James (1975). Glossary of health care terminology (p.57). Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. Amsterdam, 1957.*

TASK FORCE ON HEALTH SYSTEMS, R. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. **The Lancet** [S.I.], v. 364, n. 9438, p. 997-1003, Sep 11-17 2004.

THANGARATINAM, S.e REDMAN, C. W. The Delphi technique. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 7, p.120-125, 2005. Disponível em:<<http://onlinetog.org/cgi/reprint/7/2/120.pdf>>. Acesso em: 02/09/08.

TIMMERMANS, N. et al. **INCO Global Health Initiatives: Work Package 4 Donor Harmonisation and Alignment Initiatives - Literature Review**. Antwerp, 2007. Unpublished Work.

TRAVIS, P. et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. **The Lancet** [S.I.], v. 364, n. 9437, p. 900-6, Sep 4-10 2004.

TULLOCH, J. Integrated approach to child health in developing countries. **The Lancet** [S.I.], v. 354, n. Supplement 2, p. SII16-SII20, 1999.

TUROFF, M. e LINSTONE, H. (Eds.) **The Delphi Method: Techniques and Applications**. Newark: IS graduate student fund at NJIT, p.618ed. 2002.

UNICEF. **The state of the world's children 1998: focus on nutrition**. New York: United Nations Children's Fund, 1997.

_____. **Situação mundial da infância 2005: infância ameaçada**. New York: United Nations Population Fund, 2005.

_____. **The state of the world's children 2008**. New York: United Nations Children's Fund, 2007. p. 164.

VÍCTORA, C. G. E. A. **Metodologias Qualitativa e Quantitativa. In: Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.

VICTORA, C. G. *et al.* Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **The Lancet** [S.I.], v. 362, n. 9379, p. 233-41, Jul 19 2003.

VILLIERS, M. R. D. et al. The Delphi technique in health sciences education research. **Medical Teacher**, v. 27, n. 7, p.639-643, 2005. Disponível em:<http://pdfserve.informaworld.com/214292_778384746_727502171.pdf>. Acesso em: 05/09/08.

VÁZQUEZ-RAMOS, R. et al. The Delphi Method. **Rehabilitation Counseling Research**, v. 50, n. win 2007, p.111-118, 2007.

Waldman E. A. e Gotlieb, S. L. D. **Glossário de epidemiologia, de, Informe Epidemiológico do SUS**. 7: 5-27, 1992. Cited in: WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: para gestores municipais de serviços de saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo:para gestores municipais de serviços de saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).p 253

WALT, G.e BUSE, K. Global cooperation in international public health. In: MERSON, M. *et al* (Ed.). *International Public Health: Disease, Programs, Systems and Policies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2006. Cap.14.

WB. **The world development report 1993: investing in health**. The World Bank. Washington, D.C. 1993

_____. **Disease Control Priorities in Developing Countries**. 2. ed. Washington DC: The World Bank; Oxford University Press, 2006.

WHO. **Basic epidemiology**. Geneva: World Health Organization, 1993

_____. **National Policy for QCD/TA/QA/QAS activities**. World Health Organization, 1995.

_____. **The World health report: 2000 : Health systems : improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

_____. **Immunization against diseases of public health importance**. v. Fact sheet N°288, 2005a. Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs288/en/index.html>>. Acesso em: 02/03/08.

_____. **Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report**. World Health Organization, 2005b. p. 182.

_____. **Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems' strategy**. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2005c.

_____. **10 facts on child health**. v. 2008. n. 02/03: World Health Organization, 2007a.

_____. **Everybody's Business: strengthening health systems to improve health outcomes**. In: ACTION, W. S. F. F. (Ed.) 2007b. p. 44.

_____. The Global Fund strategic approach to health systems strengthening. **Report from WHO to the Global Fund secretariat**: World Health Organization, 2007c.

_____. **Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives**. Geneva: World Health Organization, p.16, 2008a

_____. **World Health Organization Regional Office for Europe**. v. 2008. n. 02/09: World Health Organization, 2008b.

_____. **Health Systems**. World Health Orgznization, 2009. Disponível em:<http://www.who.int/topics/health_systems/en/index.html>. Acesso em: 18/01/09.

WHO e UNICEF. **GIVS: Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015**. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund, 2005. Disponível em:<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf>.

UNIVERSITY OF WISCONSIN-EXTENSION. Delphi technique: quick tips 4. Program Development and Evaluation, Quick tips - Collecting Group Data: Delphi Technique, 2002.

WOLFSON, L. J. et al. Has the 2005 measles mortality reduction goal been achieved? A natural history modelling study. **The Lancet** [S.I.], v. 369, n. 9557, p. 191-200, Jan 20 2007.

WRIGHT, J. T.C. A técnica Delphi: uma ferramenta útil para o planejamento do Brasil? In: **Encontro Brasileiro de Planejamento Empresarial** – Como Planejar 86, III, 28-29 nov. 1985, Anais. São Paulo: SPE – Sociedade Brasileira de Planejamento Empresarial, 1996, p. 199-207 Cited in: WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi - Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p.54-65, 2000.

WRIGHT, J. T. C. e GIOVINAZZO, R. A. Delphi - Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p.54-65, 2000. Disponível em:<<http://www.iea.usp.br/iea/tematicas/futuro/projeto/delphi.pdf>>.



DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Aleatório: Descreve um acontecimento ou evento ocorrido devido ao acaso e não determinado por outros factores (WALDMAN E GOTLIEB, 1992)..

Amostra: Um subgrupo seleccionado de uma população. Uma amostra pode ser aleatória ou não, podendo ser representativa ou não (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Amostra Aleatória: Amostra obtida através de uma selecção em que cada unidade da amostragem (um sector censitário, um domicílio ou uma pessoa) tem a mesma hipótese de ser incluída na amostra (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Amostra Representativa: Amostra que se assemelha à população original ou à população de referência sob todos os aspectos (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Amostragem sistemática: algumas vezes considerada como pseudo-probabilística, e geralmente utilizada em substituição à a.c.s. — quando atendidas as condições necessárias para tal — consiste em seleccionar n de N em intervalos iguais (NUNES e AFONSO, 2005).

Amostragem não probabilística: também conhecida como amostragem dirigida, não permite definir com rigor as probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra. Um processo de modo geral mais económico e rápido. (NUNES e AFONSO, 2005)

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância* (AIDPI): estratégia para reduzir a mortalidade entre crianças menores de 5 anos (TULLOCH, 1999). É uma abordagem que reconhece a importância de não tratar apenas os sintomas ou fornecer uma intervenção sem observar outras possíveis necessidades (SKOLNIK e L., 2008). Alguns dos componentes da AIDPI são: gestão de casos de infecções respiratórias agudas, diarreia, sarampo, desnutrição, malária; suplemento de micronutrientes e ferro; imunização; aconselhamento em amamentação; e tratamento anti-helmíntico (WHO, 2000).

Asfixia Perinatal: “pode ser definida do ponto de vista prático como uma falha no estabelecimento da respiração normal aquando do nascimento devido ao impedimento da oxigenação durante o trabalho de parto e período de expulsão”. Algumas das principais causas

da asfixia no nascimento são placenta prévia, circular de cordão e trabalho de parto obstruído (Capítulo 1 compreendendo os determinantes de saúde perinatal e neonatal).

Cuidados durante o trabalho de parto*: expulsão do feto e da placenta sob cuidado de um funcionário de saúde formado. Os componentes dos cuidados durante o parto são: o parto propriamente dito e a expulsão da placenta em condição/técnica limpa, a gestão activa da terceira fase do trabalho de parto, o reconhecimento e a gestão dos primeiros sinais de complicações do parto, o uso de partograma e cuidados essenciais ao recém-nascido (SKOLNIK, 2008).

Cobertura: Medida, normalmente expressa como um percentual, das pessoas ou domicílios que receberam um determinado serviço, em relação àquelas que necessitam dele (exemplo: percentual de domicílios com abastecimento adequado de água, percentual de crianças vacinadas com três doses da vacina DTP) (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Controle: Quando aplicado a doenças transmissíveis e algumas não transmissíveis, significa a redução da incidência e/ou prevalência de determinada doença, por meio de diferentes tipos de intervenção, a níveis muito baixos, de forma a deixar de ser considerada um problema importante em saúde pública (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Doenças Crónicas*: doenças que persistem ou são esperadas que persistam por um extenso período de tempo na vida do indivíduo. Há várias doenças crónicas que contribuem significativamente para a carga mundial de doenças como o cancro, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes (SYMPOSIUM, 1957; WHO, 2005b).

Doença transmissível: Doença causada por um agente infeccioso específico, ou pela toxina por ele produzida, por meio de transmissão desse agente, ou do respectivo produto tóxico, a partir de uma pessoa ou animal infectado, ou ainda de um reservatório para um hospedeiro suscetível, directa ou indirectamente intermediado por vector ou ambiente (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Dose de reforço: Quantidade de antígeno que se administra com o fim de manter ou reavivar a resistência conferida pela primeira imunização (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Erradicação: Cessaçãõ de toda a transmissãõ da infecçãõ pela extinçãõ artificial da espécie do agente em questãõ. A erradicaçãõ pressupõe a ausência completa de risco de reintroduçãõ da doençã, de forma a permitir a suspensãõ de toda e qualquer medida de prevençãõ ou controle. A erradicaçãõ regional ou eliminaçãõ é a cessaçãõ da transmissãõ de determinada infecçãõ em ampla regiãõ geográfica ou jurisdiçãõ política (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Frequência (sin nimo: ocorrência): Termo genérico utilizado em epidemiologia para descrever a frequência de uma doençã ou de outro atributo ou evento identificado na populaçãõ, sem fazer distinçãõ entre incidência ou prevalência (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Impacto: Após um estudo de revisãõ sobre a avaliaçãõ do impacto realizado pela Oxfam (2002), esta identificou uma definiçãõ comum do impacto como sendo “mudançãas duradouras ou significativas – positivas ou negativas, planeadas ou nãõ – nas vidas das pessoas e ocasionadas por determinada acçãõ ou série de acções”.

Indicadores de Saúde: Com o intuito de quantificar e permitir comparações entre e na populaçãõ podem-se utilizar os indicadores de saúde, pois estes devem reflectir com fidedignidade o panorama da saúde populacional. Muitos dos indicadores medem doençãas, mortes, gravidade de doençãas pela facilidade de medir a doençã em comparaçãõ com a saúde. Podem ser citados alguns indicadores como exemplo: a mortalidade/sobrevivência, a morbidade/gravidade/incapacidade funcional, a nutriçãõ/crescimento e desenvolvimento, os aspectos demográficos, as condições socioecon micas, a saúde ambiental e os serviçõs de saúde (MENEZES, 2001).

Infecçãõ: Penetraçãõ, alojamento e, em geral, multiplicaçãõ de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo danos a este, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis. Em essência, a infecçãõ   uma competiçãõ vital entre um agente etiológico animado (parasita sensu lato) e um hospedeiro; é, portanto, uma luta pela sobrevivência entre dois seres vivos, que visam a manutençãõ da sua espécie (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

Planeamento e Gestão de Serviços de Saúde*: método sistemático para alcançar objectivos explícitos para o futuro pelo uso eficiente e apropriado de recursos disponíveis (MICOVIC, 1984; GREEN, 2007).

Prestação de Serviços de Saúde*: O conceito refere-se a todos os aspectos da prestação e distribuição de cuidados de saúde a uma população ao nível da prestação do serviço (MESH, 2008).

Pré-termo: referente à idade gestacional menor que 37 semanas completas (menos que 259 dias) (Capítulo 1 compreendendo os determinantes de saúde perinatal e neonatal).

Taxa de Mortalidade Infantil: Frequentemente utilizada como indicador do nível de saúde de uma comunidade. Mede a mortalidade em crianças, durante o primeiro ano de vida, e o denominador é constituído pelo número de nados-vivos no mesmo ano. A utilização da taxa de mortalidade infantil, como estado geral de saúde de uma determinada população, baseia-se no pressuposto que esta taxa é particularmente sensível a alterações sócio-económicas e a intervenções no sector dos cuidados de saúde (WHO, 1993).

Viés (ou bias): Qualquer influência durante a recolha ou a interpretação dos dados que leve a um erro sistemático numa determinada direcção; por exemplo, erros resultantes de balança, que dá peso inferior ao peso real da criança, ou uma tendência do entrevistador ao interpretar respostas às perguntas de um questionário. Também é chamado de vício ou tendenciosidade (WALDMAN E GOTLIEB, 1992).

* Definições apresentadas ao painel de peritos, durante a primeira rodada deste estudo.



Apêndice

APÊNDICE

Apêndice A - Carta - Convite

Dear ...,

The Unit of Health System Governance, Policy and Aid Effectiveness (HDS/HGS) at the World Health Organization (WHO) is currently analysing the 35 proposals approved by the Global Alliance for Vaccines and Immunization Health System Strengthening (GAVI HSS) under the guidance of Dr Wim Van Lerberghe. One of the components of this analysis is a study entitled “Health System Strengthening Beyond Immunization: a Delphi study”. The aim is to reach consensus on whether the interventions contained in these 35 proposals have an effect on care-related activities other than vaccination.

You have been identified as an expert in Public Health and we would like to invite you to serve on a panel of experts for the study mentioned above. Those who accept to participate will be requested to complete three questionnaires, one every 3 weeks, which will build on each other, as is typical in a Delphi study. The questionnaires will be sent out and received via email and it should not take more than 60 minutes to complete each one. Participants will receive the first questionnaire by **April 21, 2008**.

With the first questionnaire you will receive a demographic questionnaire to fill out with some basic information related to your background and experience. For the second round, you will receive:

1. A revised version of the questionnaire regrouping only those interventions where consensus has not yet been reached;
2. Your individual responses on the previous round;
3. A synthesis of responses of the group for each intervention.

You will then be asked to score those interventions that have not yet obtained consensus. The third round will be exactly the same as the second, but with fewer interventions as it is expected that the second round will already have generated further consensus.

As an international expert, your participation will be vital to the outcome of this study. Since it consists of a three-round process, your continuous participation is crucial in order to gather complete and accurate data. It would therefore be essential that you commit to participating through the entire process. If you are willing to take part in the study, please email Ms Ana Paula Oliveira at oliveiraa@who.int to confirm your participation by **April 11, 2008**. If you have any questions about this study please do not hesitate to contact Ms Oliveira at + 41 2279 11469.

Thank you in advance for your cooperation and support.

With best regards,

Ana Paula Oliveira

Technical Officer at the World Health Organization (HSS/HDS/HGS)

Apêndice B - 2ª Carta - Explicação

Número do Participante:

Dear ... ,

Thank you for your willingness to participate in the study on “Health System Strengthening Beyond Immunization: a Delphi study”, conducted by the Unit of Health System Governance, Policy and Aid Effectiveness (HSS/HDS/HGS) at WHO. Your cooperation and inputs are very much appreciated. The purpose of this study is to reach consensus on whether the interventions proposed in the 35 approved proposals of the GAVI Alliance Health System Strengthening (GAVI HSS) window will likely have an impact on other care-related activities.

This study will be used for analytical purposes only, to better understand the impact of international funding on health system strengthening. **It will not influence decisions on whether proposals will receive the requested funding, since they have already been approved.**

We would like to state that the study will not present any medical, social risk or psychological to you, other than the inconvenience of the extra time required for you to answer the questionnaire. Also, your participation is voluntary and you are free to withdraw from this study at any time. If you would like to do so, please simply inform the researcher.

From the 805 interventions named in the proposals, 81 have been selected randomly for this study. The questionnaire will allow you to score the impact you think each intervention would have on other areas of care. This will help us understand whether the impact of the GAVI HSS funding goes beyond immunization alone.

You will be asked to use a 5 point ordinal scale, starting with 0 indicating that the intervention causes “**No Impact**” on the care-related activity, and 4 indicating that there is the **Highest Impact** on the care-related activity, as detailed below.

- 0 No Impact;
- 1 Low Impact;
- 2 Moderate Impact;
- 3 Considerable Impact;
- 4 High Impact.

This scale allows you to express the level of Impact you think an intervention has. We are asking that you look at three large areas of health care: child health, maternal health and chronic diseases, and two areas more related to the health system: service delivery and planning and management.

For the purpose of this study we have added definitions of the above mentioned topics so it is clear which areas we are interested in.

- **Prevention and treatment of chronic diseases:** A chronic disease is a disease that has persisted or may be expected to persist over an extended period of time. There are several chronic diseases that contribute significantly to the burden of disease such as cardiovascular disease, cancer, chronic respiratory disease and diabetes (Symposium 1957; WHO, 2005)
- **Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI):** IMCI, is a strategy aimed at reducing mortality among children under 5 years (Tulloch, 1999). It is an approach that recognizes the importance of not treating on symptom or providing one intervention without looking at other possible needs (Skolnik, 2008). Components of IMCI are: case management of acute respiratory infections, diarrhoea, immunization, measles, malnutrition, micronutrient and iron supplementation, malaria, breastfeeding counselling, and anti-helminthic treatment (WHO, 2000).
- **Intrapartum Care/ Care during childbirth:** Intrapartum Care is the delivery of the fetus and placenta under the care of a trained health worker. The components are: clean delivery of baby and placenta, active management of the third stage of labour, recognition and management or referral of delivery complications, use of the partograph, and essential newborn care (Skolnik, 2008).
- **Health Service Delivery/Delivery of Health Care:** the concept concerned with all the aspects of providing and distributing health care to a patient population (MeSH, 2008). This area is related to other services that are not part of the previous ones (IMCI, Intrapartum Care, and Chronic Diseases).
- **Health Service Planning and Management:** a systematic method for attaining explicit objectives for the future through the efficient and appropriate use of available resources (Micovic, 1984; Green, 2007).
- **Impact:** An impact means having a marked effect (result/consequence of an action) or influence on something (Pearsall, 1999). For the propose of this study the impact will be

defined as the effect that the intervention may have on the afore mentioned areas of care-related activities.

For example, the Intervention “basic training for 30 midwives”, could receive a score between 0 and 4 under each of the above mentioned areas, as illustrated below. The highest score under intrapartum care indicates that this intervention contributes significantly to the provision of care during childbirth, for example by increasing its accessibility and/or safety.

Table 1: Example questionnaire of the Round I

Randomly Selected Interventions	Care-related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Service Delivery	Health Service Planning and Management
Basic training for 30 midwives	1	4	0	2	1

Once the scores have been collected and collated, you will receive a second questionnaire which contains the anonymous responses of the entire group as well as the interventions where consensus has not yet been reached. You will then be asked to score those interventions that do not yet have consensus. The third round will be exactly the same as the second, but with fewer interventions as we expect that the second round will already have generated some consensus. As you can understand your continuous participation will be crucial to ensure complete and accurate data collection and consensus development.

Anonymity²² will be assured by using a number for each participant that will appear on all of the forms disseminated and collected. Your number is __. Participant names will not be matched to the data they provide. To further protect your anonymity, please do not discuss the results of your questionnaire with others.

The list of interventions can be found in the attached file. After completing of the questionnaire, please note the time spent to fill out the questionnaire and return it together with the demographic questionnaire to oliveiraa@who.int by **May 2**. We expect to analyse the information and send you feedback together with the second round questionnaire within 4 weeks (May 19). Once the study is completed, we will gladly release the results to the participants in an unidentified form. If you have any questions, concerns, or comments please do not hesitate to contact us.

²² Data collectors will see your responses, but for other participants and in the data analysis you will be anonymous.

Consent

I have read this entire form and I understand it completely. All of my questions regarding this form or this study have been answered to complete satisfaction. I agree to participate in this research. I understand that by typing my name in the box below I am signing this form and therefore providing informed consent for my participation to this study.

Thank you again for your continued cooperation.

With best regards,
Ana Paula Oliveira
Technical Officer at the World Health Organization (HQ/DG/HSS/HDS/HGS)

Apêndice C - Questionário Demográfico

Número do Participante:

Would you please be so kind as to complete this questionnaire with your personal details and return it together with the list of interventions to Ana Paula Oliveira at oliveiraa@who.int. Your participant number is **T0** __, which will assure you that no names will be matched with the data that are going to be provided.

Age:

Gender:

Nationality:

Occupation:

Profession (area of degree):

Academic qualification:

Area of expertise:

Years of Professional Experience:

Region (geographical) of expertise:

Workplace:

Thank you for completing this Questionnaire!

Apêndice D -Questionário

Please score the following Intervention in each Care-Related Activities. Using an ordinal scale, starting with 0 indicating that there is No Impact and ending with 4 indicating that there is the Highest Impact on the care-related activity.

Participant number:	Time:	Care Related Activities				
		Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Intervention						
Establish Community-based information system (CBIS) with chalkboards at strategic sites.						
Improve referral system through training in triage and emergency management, including referral of patients /clients (using the Emergency & Referral manual).						
Train province -regional level administrative area and district level public health managers on supportive supervision with specific emphasis to programme management and reporting.						
Purchase of refrigerators (200) to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health Package) at all levels of health care system.						
Purchase of 30 motor cycles to ensure availability of essential equipment and services for the smooth delivery of EHP (Essential Health package) at all levels of health care system.						
Contribute to construction of annex to Ministry of Health (MoH) Building.						
Establish mobile teams at district/ rayon level from existing medical staff of rural health centers, Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) centers, reproductive health centers and centers for immunoprophylaxis and define their itinerary and schedule						
Train all workers: the managers of the 7 DSR (Deputation Health Regions) and the 11 DS (Health Districts), the teams of health center and hospital staff, members of the community in *IMCI, ** Antenatal care (ANC) and *** Expanded Programme for immunization (EPI) and mobilize the population around health activities.						
Supply of the cold chain for 20 new health centers.						

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Train 2 senior staff of Health Economic Unit in health economics/financing at Master/Diploma level.					
Train senior and mid-level health managers in all 11 northern states and 20 localities on short courses/on-job capacity building programme on health planning, district health management, leadership.					
Training of teaching staff on imparting training on IMNCI - Integrated Management of Newborn & Childhood Illness (4 courses X 6 days X 16 persons).					
Provide copies of the planning and instructional manual to 11 SMOH (State Ministries of Health) and 20 Localities Management Teams to strengthen/build core systems and capacities (organization and management; health planning and development, health financing; health management information system and monitoring and evaluation).					
Provide TA (technical Assistance) for developing/adapting pro-poor, comprehensive and sustainable health financing policy in 11 Northern states.					
Establish ORT (oral rehydration therapy) corners in 6,561 FLCFs (50%).					
Provision of local Technical Assistance (TA) to assist with developing an HR plan (and potentially organizing an HR unit) and strengthening of MOHSW HR management; (Ministry of Health and Social Welfare - Human Resources for Health).					
Provide data management tools and conduct regular training and refresher training of key health workers on data collection, analysis, management of information and resources.					
Provide audio-visual equipment, furniture, computers for skill lab and books for library to four Academies of Health Sciences in 11 State Ministries of Health.					
Monitor and evaluate integrated supportive supervision and disseminate findings with decision makers and partners.					

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Establish an M & E system to monitor and evaluate the regular and appropriate use of the National Health Information and management system.					
Provide TA (Technical Assistance) for developing comprehensive investment plan for health system development in 8 states.					
Provide essential laboratory supplies for testing (urine, Hb, BFFM, etc) necessary for improving maternal and child care to 25 Health centers and dispensaries annually in each of the targeted four states.					
Evaluate impact of RED (Reach Every District) on the delivery and uptake of EHP (Essential Health Package) including operations research.					
Provide essential equipment and future (according to standards) for 2 hospitals annually in each of the four states (focus on maternal, neonatal and EmOC - Emergency Obstetric Care).					
Appoint persons in the MOH (Ministry of Health) and oblast (regional) health departments responsible for supervision of mobile teams in hard-to-reach poor areas.					
Supply the Health District Hospitals with essential drugs/medicines.					
Provide financial support to the Districts for the implementation of lost patients seeking mechanisms for both preventive and curative interventions.					
Ensure planning and integrated regular supervision of health activities: Provide transport costs reimbursements as well as perdiems for supervisors and participants to the annual (micro) planning seminars, produce an annual work plan.					
Carry out household based water quality control in all the six Zobas (administratively the country is divided into six Zobas or regions) during both rainy and dry season.					
Collect the baseline data and conduct a follow up survey with international assistance, to increase demand for timely immunization through increased awareness and development of a system of incentives for mothers					

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Conduct a round table to discuss standardized programs with agencies currently involved in financing/implementation of training programmers.					
Conduct mapping of private clinics in Kampala and municipalities.					
Conduct training of trainers for all NGOs (Non-Government Organization) that have agreed for the joint activity plans and common approaches to community mobilization that focus on improving ANC (Antenatal Care) rates, timely registration of infants and immunization, particularly in cases of home deliveries.					
Construct 24 district stores in new districts to improve the delivery of National Minimum Health Care Package including immunization by providing the necessary infrastructure, logistics supplies and management training.					
Build and equip 15 maintenance wards in 15 health districts.					
Convening a Stakeholders meeting /workshop to consider and approve the harmonized manual for the logistics of health commodity system.					
Design a national integrated outreach model, Methodology: 2 core elements of outreach and integration of vertical programs. It will utilize the underutilized female health staff, will encourage and motivate health workers and district and governorate level.					
Develop a Ward Health Plan (WHPs), 2008- 2010, in 960 wards over 2 years.					
Develop and approve training program for public health services on VPD (Vaccine Preventable Disease) and AEFI (Adverse Events Following Immunization) surveillance.					
Develop Financial Management Manual for OD / HC (Operational district/ Health Centre).					
Develop integrated monitoring in the health districts.					
Develop schedule of visits to the selected rural areas.					
Development of a harmonized logistic system for all health commodities in the country by: review existing systems and to develop a draft manual to harmonize them.					

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Provide 260 motorcycles to the CSPS for outreach activities (CSPS - Promotion and Health Centres).					
Effective integration of health services and programmes in the execution of medical interventions at all levels.					
Elaborate a strengthening plan for Equity Fund.					
Equip Health Centres or Health Posts with medical equipment and cold chain supplies.					
Establish a working group in the MOH to review the existing training programs supported by different agencies.					
Evaluate the impact of activities under the PHC (Primary Health Care) reforms on MDGs 4 and 5 on the basis of key monitoring indicators regularly collected and analysed.					
Expansion and inclusion of newborn care in Community Based Integrated Management of Childhood Illness (CB-IMCI) to reduce childhood morbidity and mortality in the remaining 11 districts where CB -IMCI has not been introduced.					
Finalize the human resource development plan for production, retention and maintenance of HRH (Human Resource for Health).					
Train the Provincial Management Teams including the District Management Officers in planning, monitoring and evaluation.					
Train the Health District Officers in management.					
Health manager training regional level.					
Hold national and regional workshops to build understanding, and then consensus among all stakeholders for nationalizing this experience, and to create mechanisms for donor support.					
Implement outreach program.					

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Improved supervision and monitoring to operational units. Support for mobilization of 10 Integral Health Care Local Systems teams to local levels four times a year.					
Institutionalize implementation of health workers performance appraisal (PA) systems at all levels of the health system.					
Introduce and test in 5 Health Districts different strategies aimed at increasing population's financial accessibility to service delivery through: 1) local social insurance mechanisms and 2) vouchers for malaria treatment and prevention.					
Carry out an operational research on referral mechanisms between health centres and hospitals in two pilot districts.					
Support mission for the development of the Provincial Health Development Plan.					
Monitoring of the health services strengthening indicators and of the financial execution of the project implemented by the HU (Health Units), the municipality, and the department at all levels.					
On the basis of rapid assessment, procure basic equipment for facilities in selected districts					
Organize monthly meetings for both health coordination and dissemination of the epidemiological surveillance data: Pay transport costs and per diems for 20 participants.					
Organization of an annual maternal-child care event at the department level as a mechanism to identify vulnerable groups with the participation of local governments.					
Pay monthly incentives to the newly trained staff.					
Posting of trained PHC (Primary Health Care) staff of correct skill mix to 10 underserved districts starting from year 2010.					
Printing costs.					
Procure Motorcycles for CHOs (Community Health Officers).					

Intervention	Care Related Activities				
	Integrated Management of Childhood Illnesses	Intrapartum Care	Prevention and Treatment of Chronic Diseases	Health Services Delivery	Health Service Planning and Management
Procurement of trucks for distribution of drugs and vaccines from central to district level.					
Provide district based in-service training programmes in all 20 districts.					
Provide seed stock of essential drugs to 960 existing PHC (Primary Health Care) facilities, over 2 years.					
Providing pick-up trucks and motorcycles and associated maintenance costs to district health offices to enable health workers to conduct outreach services and supervisory visits, carry out effective referrals, and respond to outbreaks and other emergencies.					
Public Health Manual Production.					
Purchase 50 000 VHT (Village Health Teams) training kits, to support scaling up of community participation in both health care delivery and decision making					
Transport and communications for the implementation of the local health strategy.					
Conduct an operational research in relation to primary health care with a specific focus on the project's impact on immunization coverage.					
Health system Research.					
Rehabilitation of the Inspection offices.					
Strengthen the social mobilization at the community level and advocacy at the decision-makers level.					

Interventions named in the 35 approved GAVI HSS proposals from October 2006 to October 2007

***IMCI** aims at preventing and treating pneumonia, diarrhoea, malaria and malnutrition during childhood

****ANCPlus** aims to prevent neonatal and maternal tetanus, low-birth-weight resulting from malaria and from severe anaemia during pregnancy as well as the transmission of HIV/AIDS mother to child

*****EPI Plus** aims at prevention against vaccine-preventable diseases, deficiencies in Vitamin A, through routine vaccinations and periodical campaigns for the prevention of measles using biannual Vitamin A supplementation.

Could you please note at the top of the first page the time spend to fill the questionnaire

Thank you for completing the 1st Round

Please expect the 2nd Round in two weeks

