

MISEREOR - Avaliação do setor de trabalho Saúde – Resumo dos resultados

Esta avaliação do setor de trabalho Saúde é a segunda avaliação setorial das agências de cooperação da Igreja (KZE- Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe e EZE - Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe), conduzida em conformidade com as diretrizes acordadas com o BMZ (Ministério Federal da Cooperação Econômica e Desenvolvimento) sobre a "Implementação de um controle do êxito de projetos eclesiais de cooperação para o desenvolvimento, orientado para os objetivos e efeitos". O setor de trabalho avaliado, o de saúde, foi escolhido em conjunto pelo BMZ, o EED e MISEREOR. MISEREOR encarregou a evaplan GmbH, uma empresa ligada ao Hospital Universitário de Heidelberg, de realizar a avaliação do referido setor no período de agosto de 2012 a dezembro de 2013. Tematicamente, a avaliação centrou-se na área da saúde básica em projetos aprovados nos anos de 2005-2007 e concluídos até finais de 2011.

O objetivo da avaliação era contribuir para o processo de aprendizagem que MISEREOR busca desenvolver no diálogo com as suas organizações parceiras, assim como contribuir para a prestação de contas ao público alemão e ao Ministério Federal de Cooperação Econômica e Desenvolvimento (BMZ).

3.1 Âmbito da avaliação

No período abrangido pela avaliação, de 2005 a 2007, foram aprovados 264 projetos de saúde (126 na Ásia, 91 na África, 43 na América Latina, 4 de âmbito internacional). Destes, foram selecionados 119 (55 na Ásia; 39 na África; 25 na América Latina) que apresentavam uma abordagem abrangente de saúde básica que incluía atividades como "Criação de instituições de referência/Infraestrutura; Equipamento de Centros de Saúde (primeiro nível) e Hospitais (segundo nível); Prevenção e tratamento de doenças infecciosas e Medicina tradicional e alternativa".

O volume financeiro dos projetos variava de € 25.000,-- a € 1.200.000,--, as atividades englobavam desde a compra de um veículo até programas complexos de saúde básica, distribuídos geograficamente em três continentes, com 18 países na África, 10 na Ásia e 10 na América Latina. Os projetos investigados e avaliados não são completamente comparáveis e, em parte, estabeleceram também prioridades metodológicas e temáticas diferentes. Porém, devido ao desenho da avaliação, é possível extrair conclusões e recomendações gerais, de modo que os resultados obtidos fornecem informações interessantes para o processo de aprendizagem.

3.2 Abordagem metodológica

Em conformidade com as normas profissionais e metodológicas, e atendendo ao quadro de referência estabelecido por MISEREOR, analisaram-se dados qualitativos e quantitativos da população de 119 projetos de saúde básica. A estratégia escolhida foi a triangulação que consiste em combinar vários métodos, como a análise de fontes, entrevistas e debates grupais, o uso de fontes de informação diferentes na fase documental e na fase de campo, permitindo deste modo aumentar a validade dos resultados. Fontes de informação importantes foram, em especial: documentos básicos de MISEREOR, pedidos de financiamento de organizações parceiras, contratos de projeto, o sistema de registro de dados de MISEREOR, relatórios de projetos, de viagens e de avaliação, entrevistas individuais e em grupo com o pessoal dos projetos e profissionais encarregados por MISEREOR assim como a análise de websites relevantes. Além disso foram realizados, no âmbito da fase de campo, encontros em grupo com funcionários das organizações parceiras e com os grupos beneficiados pelos projetos.

A avaliação ocorreu em duas etapas:

1) Primeiro foi realizado um amplo estudo documental. Este estudo envolveu uma análise ex-post, realizada sobretudo com dados recolhidos no período de abrangência da avaliação, respectivamente com informações referentes a este período. O estudo documental foi efetuado em três passos:

- a) Para todos os 119 projetos foram reunidos os dados estatísticos de base e analisadas as medidas implementadas, com base em aproximadamente 450 documentos setoriais relacionados aos programas e 71 documentos setoriais de apoio.
- b) Num segundo passo, analisaram-se os grupos beneficiários, as abordagens metodológicas e as informações disponíveis sobre os efeitos alcançados. Esta análise foi feita com aproximadamente dois terços dos projetos (74), selecionados de forma aleatória, mas proporcionalmente aos continentes. A escolha aleatória garantiu que uma amostra transversal e representativa fosse avaliada e não apenas fossem considerados projetos particularmente bem sucedidos ou projetos especialmente fracós.
- c) Num terceiro passo foram selecionados 32 projetos e submetidos a uma análise exhaustiva do tipo de efeitos que alcançaram.

2) Com base nas conclusões do estudo documental e dos critérios de seleção daí resultantes, foram selecionados 10 projetos em cinco países diferentes para a fase de campo.

Um mix de métodos ofereceu a possibilidade de não só abordar os questionamentos específicos, mas também considerar as situações particulares do país, da organização parceira e do projeto. As perguntas diretas e os temas básicos foram desenvolvidos e definidos conjuntamente pela equipe de avaliação. Na preparação da fase de campo recorreu-se aos métodos de análise documental, intercâmbio com os encarregados responsáveis de MISEREOR, comunicação com as organizações parceiras e os consultores(as) locais por e-mail, telefone ou skype. Paralelamente, começou-se a desenvolver o desenho da avaliação e os instrumentos de inquérito para as diferentes pessoas/grupos de contato e a identificar os informadores(as) e as pessoas/grupos interlocutores. Durante a fase de campo, os dados foram recolhidos através de entrevistas e debates com pessoas de recurso (representantes das organizações parceiras, parceiros de cooperação, membros do quadro de pessoal de postos de saúde, da Diocese, do sistema público de saúde, de autoridades regionais e locais), assim como através da observação direta nas instalações de atendimento dos projetos visitados. Outros elementos essenciais do levantamento de dados foram discussões e conversas com os utilizadores e utilizadoras das atividades ou serviços implementados (grupos alvo, beneficiários). Além de entrevistas individuais, debates com grupos focais e oficinas de auto-avaliação, foram efetuadas entrevistas, com orientação para o Método das Mudanças Significativas¹.

Os resultados dos exemplos de caso foram igualmente analisados com base nos critérios desenvolvidos em comum e decorrentes dos Termos de Referência e do objetivo da avaliação, ambos definidos por MISEREOR. Além dos critérios CAD e as perguntas aprofundadas relativas a estes critérios, foram analisados sobretudo fatores que facilitam ou dificultam o êxito de projetos, como estratégias e abordagens, relações de cooperação (integração em programas ou estruturas nacionais ou eclesiais), competências de ação e condução, assim como o sistema de planeamento, monitoramento e avaliação (PMA) das organizações parceiras.

¹ Entrevistas conduzidas segundo o Método das Mudanças Significativas - MMS (*Most-Significant-Change (MSC)*) fornecem – sobretudo na avaliação de projetos ou atividades que não elaboraram indicadores para medir os efeitos – uma visão mais detalhada das relações causa-efeito e dos processos relevantes.

No contexto da avaliação setorial o método das mudanças significativas foi adotado na forma de entrevistas abertas com os grupos alvo e atores relevantes, no sentido de "story telling" (contando uma história - por ex.: O que são as três mudanças mais importantes no contexto de/O que seria diferente se não tivesse sido realizado o projeto?), para ganhar informações tão amplas quanto possível sobre o processo de mudança num ambiente de projeto em que não foram definidos indicadores.

3.3 Campos de ação dos parceiros e orientação estratégica

Partindo do objetivo de "... melhorar, de forma sustentável, a saúde e as condições de vida da população", e colocando o foco nos pobres, marginalizados, mulheres e crianças, como grupos particularmente desprivilegiados, MISEREOR apóia um grande número de organizações parceiras muito diversas na realização de uma grande variedade de projetos de saúde básica. MISEREOR não desenvolveu explicitamente uma estratégia de promoção geral, que sirva de base vinculativa para a aprovação de projetos. Mesmo assim, os documentos de orientação, as estratégias de ação a nível regional ou nacional e os documentos de base sobre saúde podem servir de referência. Segundo estes, uma base para a concessão de apoio é que os projetos promovam as forças próprias dos grupos alvo, no sentido de uma ajuda sustentável à auto-ajuda, e que as respectivas iniciativas e potencialidades nacionais contribuam para um intercâmbio produtivo de experiências, entre e nos países e regiões (intercâmbio Sul-Sul e Sul-Norte). Um aspecto importante da estratégia geral de MISEREOR nos últimos anos consistiu em fomentar e estreitar a articulação e interligação dos setores, quer dizer, fomentar abordagens integradas que superem a mentalidade setorial. Por isso, para países com um sistema de saúde pouco desenvolvido, são considerados como precursores os projetos mais amplos, que se dediquem sobretudo ao trabalho de articulação, lobby e advocacia, para reivindicar os direitos humanos na área da saúde ("acesso universal").

No período investigado não houve nem requisitos gerais para uma estratégia de promoção específica, nem um quadro de orientação vinculativo para o setor. Não obstante, sucintamente pode dizer-se que muitos projetos na área de saúde básica apresentam muitos elementos em comum, quanto à sua orientação estratégica e política e, por conseguinte, podem ser classificados segundo as áreas de intervenção do conjunto de correlações causa-efeito (ver Anexo). Isto é uma indicação que MISEREOR e as organizações parceiras têm uma compreensão semelhante de saúde básica. E é esta abordagem de saúde básica que MISEREOR apóia e fomenta. Também a grande diversidade de projetos - desde projetos complexos de atendimento à saúde até o fornecimento de equipamentos - pode ser considerada como expressão de uma promoção orientada para as necessidades e adaptada à situação e aos problemas específicos de cada país.

Para além do Quadro de orientação sobre gênero de MISEREOR que define a promoção de gênero como tema transversal na Cooperação Internacional, não parece haver um procedimento estratégico vinculativo de MISEREOR, para apoiar os projetos em termos de maior justiça de gênero (por ex. pela recomendação e promoção de um monitoramento diferenciado em função de gênero). Isso aplica-se tanto às organizações parceiras, aos conteúdos e à orientação dos seus projetos como também à sua implementação.

3.4 Análise dos projetos segundo os critérios CAD

Relevância:

A pergunta diretiva é: Fazemos o que deve ser feito? Pode dizer-se que todos os projetos analisados no âmbito do estudo documental têm um alto nível de relevância que se traduz essencialmente na focalização em grupos alvo que têm menos acesso aos serviços de saúde, entre eles, sobretudo mulheres e crianças. De maneira geral, pode-se afirmar que as atividades dos projetos correspondem às condições específicas e muito divergentes dos diferentes países e continentes. Do mesmo modo, pode-se confirmar que, na maioria dos projetos, os objetivos foram planejados a partir dos problemas-chave e da situação específica dos países e que as abordagens correspondem às necessidades do momento e, em grande medida, também às normas profissionais daquele período. Por estes motivos atesta-se que os projetos têm um alto nível de relevância.

Eficácia:

Em suma, a eficácia dos projetos é classificada, no âmbito do estudo documental, com "bom" ou "satisfatório". A documentação indica que, na maioria dos projetos, as atividades implementadas permitiram alcançar os objetivos previstos, quer dizer, os "produtos" almejados, não obstante as condições de trabalho adversas e a frequente ignorância da administração pública de saúde, conforme se verificou, por exemplo, em projetos na Guatemala, no Haiti ou na República Democrática do Congo. Isto, porém, não é válido por igual para toda a diversidade de objetivos que os contratos de projetos referem como efeitos esperados. O que se pode confirmar é o seguinte: Quanto mais simples a formulação dos objetivos, tanto maior é a frequência com que se verificou o seu alcance; quanto mais ambiciosos e complexos os objetivos, menos frequente é o seu alcance, ou seja, os projetos acabam por relatar apenas as atividades realizadas com êxito, mas não se os objetivos ambiciosos foram alcançados. Este fato se deve muitas vezes aos diagnósticos pouco específicos em relação ao grupo alvo concreto e ao tamanho do grupo alvo e, correspondentemente, aos objetivos pouco específicos, como também à limitação dos recursos financeiros (na maior parte entre € 25.000 e € 150.000), o que não é um financiamento adequado para alcançar objetivos de natureza tão ampla - como, por exemplo, a redução da mortalidade materna. Diante dos resultados do estudo documental, infere-se que a documentação dos projetos muitas vezes só fornece um número não especificado de utilizadores e utilizadoras das atividades realizadas (porcentagem de utilizadores). A maioria dos projetos refere como grupos-alvo os "pobres" ou "mulheres e crianças" das comunidades ou da região de intervenção do projeto. Este número variava de 25.000,-- a 1.500.000,-- pessoas. Frequentemente não se fez alguma distinção entre a população-alvo e o grupo-alvo - quer dizer os utilizadores e utilizadoras reais. Os resultados do estudo de campo, porém, revelaram um panorama diferente: Nos projetos avaliados, os grupos-alvo assim como o tamanho do grupo-alvo estão claramente identificados. O número de utilizadores das atividades implementadas foi registrados, em todos os projetos, através do sistema PMA e coincidiu com o planejamento prévio - o que pode ser visto como mais uma prova da eficácia das atividades realizadas.

Eficiência:

A eficiência é mais difícil de medir do que os dois critérios anteriores, pelo fato de que, com base nas informações disponíveis no estudo documental, não foi possível estabelecer uma relação entre os custos dos projetos e os benefícios alcançados. Só os resultados da fase de campo permitiram fazer uma afirmação mais concreta a respeito da relação custo-benefício. De modo geral, a eficiência é considerada boa: em todos os projetos avaliados foram detectadas estruturas de organização que permitiram uma implementação eficiente das intervenções planejadas. Um quadro mais diferenciado emerge quando se analisa a profissionalidade, ou seja, as qualificações dos gestores ou executivos. Só alguns projetos tinham uma gestão ou estruturas que possibilitavam fazer ajustamentos às estratégias do projeto, de acordo com as necessidades. Um outro desafio que se coloca a muitos projetos é que, devido à sua situação financeira, no melhor dos casos, só dispõem de um único executivo excelente e não de um quadro intermédio qualificado. Também a alta taxa de rotatividade de pessoal é um desafio para muitos projetos. Salienta-se ainda que no período analisado, como também atualmente, só em poucos projetos existia ou existe um sistema de PMA eficaz que permite monitorar os efeitos. Não obstante, a maior parte das organizações parceiras e o seu pessoal tinha uma noção clara de quais são os fatores que fomentam e quais os que ameaçam o êxito do projeto e quais os efeitos que foram ou poderiam ser alcançados.

Impacto - Efeitos sócio-políticos superiores

A mensuração dos efeitos superiores na área de saúde é geralmente difícil, uma vez que os serviços de saúde não operam em condições controladas. Que a saúde - do indivíduo como de um coletivo - tem um elevado valor intrínseco, é consenso geral e suficientemente comprovado pela ciência.

Os efeitos superiores, como ilustrado no conjunto de correlações causa-efeito, são abordados no planejamento da maioria dos projetos e, presumivelmente, os projetos contribuem efetivamente para este nível sócio-político superior.

Porém, isso só pôde ser provado em relação aos efeitos diretos dos projetos avaliados durante a fase de campo. Neste contexto, os efeitos podem ser classificados com "bom" ou "satisfatório". No âmbito do estudo documental, uma atribuição a efeitos sócio-políticos superiores só pôde ser feita de forma muito limitada, devido ao fato que os dados disponíveis careciam de números de referência. Por outro lado, durante a fase de campo foram registrados efeitos superiores em todos os projetos analisados. Embora em nenhum dos projetos tenham sido verificados indicadores de efeitos específicos para o período analisado, foi contudo possível detectar mudanças, como resultado das intervenções implementadas no período de 2005 a 2008, através da documentação dos projetos e com base no prazo de tempo decorrido de até oito anos. Há que salientar que mudanças nunca se devem só e exclusivamente às intervenções promovidas por MISEREOR. Porém, pode demonstrar-se que os projetos avaliados contribuíram significativamente para os efeitos identificados (de acordo com os efeitos diretos e indiretos do conjunto de correlações causa-efeito). Além disso, alguns projetos podem ser referidos como estruturantes e de amplo alcance em relação ao sistema de saúde da região onde foram implementados, ou até designados como modelares (por exemplo, projetos na Libéria, na Índia, em El Salvador e nas Filipinas).

Sustentabilidade:

De acordo com os resultados da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS², investimentos eficazes em saúde reduzem a pobreza e fomentam o crescimento econômico. Daí pode-se presumir que os projetos avaliados – que apresentam uma boa efetividade e efeitos reconhecíveis – tenham contribuído também para um desenvolvimento sustentável. Esta apreciação é sustentada pelos resultados da fase de campo; estes confirmam o que já o estudo documental deixava antever, no que respeita à sustentabilidade estrutural e financeira. Uma melhoria sustentável dos serviços (sustentabilidade estrutural) foi constatada em todos os projetos avaliados. Nessa direção aponta também a melhoria dos níveis de qualificação dos profissionais de saúde, por exemplo, o que frequentemente resultou em mudanças de atitude e, deste modo, numa redução de estigmas e discriminação de grupos desprivilegiados da população. A articulação entre as organizações parceiras de MISEREOR - geralmente boa - contribuirá a médio prazo para uma melhor sustentabilidade estrutural. Os exemplos positivos incluem também o "Fundo de Solidariedade" e o apoio a grupos e indivíduos precarizados. Porém, deve-se acrescentar também que a abordagem de compromisso social de MISEREOR foi travada ou dificultada em muitos países, tal como na Índia, na Guatemala, no Haiti ou na República Democrática do Congo, devido ao não-cumprimento das promessas das administrações de saúde (pagamento de salários, materiais, fornecimento de medicamentos etc.) e - como por exemplo no Haiti ou na República Democrática do Congo - devido à delegação de praticamente todos os serviços de saúde a organizações religiosas, não-governamentais e internacionais.

No que diz respeito à sustentabilidade financeira, pode-se dizer, resumidamente, que uma grande parte dos estabelecimentos de saúde ou projetos apoiados por MISEREOR continuam dependentes de financiamento e apoio externos. Todavia, vê-se nos projetos avaliados uma crescente diversificação dos financiadores e, neste sentido, uma crescente independência de um único doador (por ex. MISEREOR). Em relação a um "phasing out" (supressão gradual) ou uma "estratégia de saída", não foram verificadas diferenças entre projetos financiados com fundos de MISEREOR ou com fundos do BMZ.

² WHO, Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organisation, 2001.

3.5 Conclusões e experiências de aprendizagem

Orientação estratégica e sócio-política

O setor de saúde se reveste incontestavelmente de grande importância estratégica e política para MISEREOR e seus parceiros, o que se reflete claramente nas abordagens dos projetos avaliados, embora esta importância estratégica não se evidencie regularmente na alocação de fundos. Os princípios estratégicos e de desenvolvimento de MISEREOR se refletem em todos os projetos avaliados de forma mais ou menos pronunciada: ajuda à auto-ajuda sustentável, fortalecimento das forças próprias dos grupos alvo e das organizações parceiras selecionadas e relevantes, articulação estreita com outros setores e trabalho em rede e de lobbying.

Cooperações e promoção de redes

A especificidade da ajuda ao desenvolvimento empreendida pela Igreja na área da saúde desenvolvido consiste na articulação estreita com as instituições da Igreja e as comunidades locais. O elevado valor que esta articulação tem para MISEREOR, no sentido de estar próximo da base (motivação eclesial do pessoal e dos grupos alvo) é muito perceptível, apesar de não ser tematizada e descrita em todos os projetos avaliados.

Promoção das competências de atuação e gestão dos parceiros

A seleção de abordagens, serviços e instrumentos adotados revelou ser adequada para a realização da orientação estratégica do projeto. Deficiências foram constatadas na conexão dos conteúdos de assessoria, ofertas de serviços e processos de coordenação com instituições governamentais ou outras instituições nacionais/internacionais que operam no mesmo setor, assim como nos sistemas de PMA que geralmente funcionam de forma insuficiente. Conforme verificado, existem aqui necessidades de apoio.

Abordagens de "Boas Práticas" Gestão dos conhecimentos

As experiências de aprendizagem e gestão dos conhecimentos constituem uma parte essencial da orientação estratégica da cooperação para o desenvolvimento. Em alguns países ou organizações parceiras foram documentadas abordagens de "boas práticas" durante a fase de campo que podem servir de experiências de aprendizagem importantes para outros projetos (por ex. na Índia e em El Salvador). Estes exemplos de abordagens ou componentes de projetos caracterizam-se pela inovação e eficácia, por uma abordagem participativa e empoderamento, sensibilidade de gênero, orientação para os efeitos, uma relação de custos-eficácia equilibrada, sustentabilidade e transferibilidade.

Recomendações

A característica distintiva de MISEREOR, que é a promoção participativa de parceiros locais e o acolhimento de temas relevantes para a base e em função das necessidades, deveria continuar a ser o princípio orientador da cooperação com as organizações parceiras.

Estratégias para os diferentes países deveriam ser desenvolvidas e atualizadas periodicamente. As orientações estratégicas deveriam ser discutidas, por exemplo, maior cooperação com outros setores relevantes na área da saúde, promoção mais intensa de projetos de formação formal ou uma maior integração de temas transversais como gênero e direito à saúde.

Boas experiências ("boas práticas") deveriam ser documentadas de forma mais coerente e consistente, de modo a poderem servir de experiências de aprendizagem a outros projetos.

Parece particularmente importante fortalecer as competências gerais de atuação e gestão dos parceiros, através de um diálogo mais intenso e um acompanhamento continuado (apoio técnico de retaguarda - Backstopping) em relação à aplicação da orientação para os efeitos no "Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PMA)". Bons relatórios de avaliação orientados para os efeitos e levantamentos de dados de base poderão ajudar os parceiros a aumentar a visibilidade do seu trabalho e a desenvolver um trabalho de lobbying bem fundamentado.

Assegurar o aprimoramento de serviços eficazes ("lições aprendidas" de outros projetos) nos

estabelecimentos de saúde, deveria ser uma componente essencial do planejamento de projetos e das medidas de apoio.

O melhoramento das capacidades de gestão deveria combinar-se com o reforço sistemático das competências dos grupos atingidos e suas organizações (medidas de formação/capacitação adaptadas, maior participação em atividades de gestão dos programas e participação).

Para que sejam alcançados êxitos a longo prazo, é preciso ponderar modelos de financiamento auto-sustentado, planejamentos orçamentários e uma maior diversificação de financiadores ou fontes de financiamento. Isso inclui também que potencialidades de sinergias na cooperação com e redes eclesiais e estatais sejam utilizadas de forma mais sistemática.

Autores: Evaplan GmbH/PD Dr. Michael Marx (Equipe de avaliação: Jane Bañez-Ockelford, Valerie Broch-Alvarez, Pinaki Ranjan, Dr. Svetla Loukanova, Dr. François Zioko Mbenza, Maria Margarita Palacios Monroy, Angelika Pochanke-Alff, Dr. Winfried Zacher)

Follow-up (MISEREOR)

A análise do relatório sobre a fase de síntese foi efetuada com a equipe de consultores de evaplan, primeiro no âmbito de uma reunião com o grupo de acompanhamento de MISEREOR e, posteriormente com o BMZ. Aspectos de importância especial, apontados para uma discussão interna, são:

- A saúde é uma parte importante da missão de MISEREOR. Por isso, é importante que haja uma orientação estratégica explícita para esta área de trabalho. Porém, deve atender às diferentes condições de base nos diferentes países e ao "princípio do pedido" de MISEREOR (quer dizer uma orientação flexível para pedidos dos próprios parceiros). Fica por esclarecer ainda, se e de que forma se pode definir bases estratégicas para o setor.
 - Um resultado positivo da avaliação foi que as organizações eclesiais conseguem muitas vezes estabelecer um bom relacionamento com as pessoas e concertar as ofertas às necessidades dos grupos alvo. Contudo, há uma contradição entre o desejo de alcançar os grupos carentes da população e a ambição de tornar os serviços sustentáveis em termos financeiros. A este respeito, as organizações parceiras deveriam desenvolver estratégias para melhorar a coordenação e a cooperação com as autoridades públicas e encontrar novas fontes de financiamento. MISEREOR considera que, para o futuro, será uma tarefa reforçar o diálogo com os parceiros sobre questões de sustentabilidade e esclarecer a sua própria posição.
- O grupo de acompanhamento da avaliação setorial, composta de membros do quadro de pessoal de MISEREOR, com especialização na área da saúde, e de alguns grupos regionais, elaborou em seguida às reuniões de avaliação propostas concretas para o follow-up. A implantação destas propostas será iniciada em breve.

A situação de saúde e vida da população melhorou de forma sustentável

Redução de doenças e mortes evitáveis

O direito humano à saúde é cumprido

Atendimento contínuo e sustentável à saúde

Uma parte maior da população desprivilegiada recebe um atendimento sanitário adequado

Utilizam-se tratamentos qualificados

A atitude e o comportamento em relação à prevenção de doenças, higiene e alimentação mudaram positivamente

A justiça de gênero no atendimento à saúde aumentou

O Estado cumpre com mais vigor a sua responsabilidade geral pelo atendimento à saúde

Os grupos alvo têm acesso e utilizam os estabelecimentos de saúde

Os grupos alvo acedem melhor e utilizam a informação, a assessoria e o tratamento

Fortalecimento da auto-estima; emancipação

Participação dos grupos alvo

Aumento do financiamento dos serviços públicos de saúde

Aumento da qualidade dos serviços públicos de saúde

Os estabelecimentos de saúde básica e instituições de referência cooperam em função das necessidades

O pessoal de saúde trabalha de acordo com as necessidades e com procedimentos reconhecidos

O pessoal de saúde (profissionais e voluntários) recebe apoio profissional

Os custos de tratamento reduziram

O acesso a seguro básico aumentou

Mudança da legislação; efetivação de diretrizes acordadas; MDE

Estabelecimentos de saúde adequados, equipamento e transporte

Pessoal de saúde qualificado e comprometido

Currículos adequados para a formação de pessoal de saúde

Oferta de serviços de saúde pela medicina convencional e tradicional

Criação de grupos de auto-ajuda, comitês de saúde, agentes de saúde, envolvimento das autoridades locais
Educação e informação
Sistemas de financiamento

Educação e informação; levantamento de dados; publicações, campanhas, formação de coligações

Estabelecimentos de saúde (primeiro e segundo nível) / infraestrutura

Recursos humanos, formação e capacitação de pessoal (profissionais e

Prevenção-Educação-Tratamento e Reabilitação (medicina convencional e alternativa)

Envolvimento ativo da população

Trabalho em rede; lobbying e advocacia

Efeitos sócio-políticos

Utilização dos serviços e efeitos diretos

Serviços/Produtos

Área de intervenção