

O marco conceitual para a auto-sustentação: um guia para assegurar a auto-sustentação dos programas de assistência pós-aborto

por

Jennifer L. Potts, MPH; Lisa Bohmer, MPH; Ato Mequanant Tesfu, MPH; Lukman Yusuf, MD; Mariana Abernathy, MPH; Marta María Blandón, MS; e Maura Smith, MPH



L. Bohmer IPAS, 1996

Dr. Ahmed e colegas do Ministério de Saúde num seminário de planejamento estratégico em Addis Ababa.

Nos últimos anos houve sinais motivadores de que a comunidade internacional de saúde está reconhecendo e respondendo aos graves problemas de saúde associados com o abortamento que ocorre em condições de risco. Este crescente consenso mundial foi articulado claramente no Programa de Ação formulado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em 1994 em Cairo e um ano depois foi reiterado na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, patrocinada pela ONU e realizada em Beijing. Enquanto as organizações e agências governamentais procuram pôr em prática as recomendações de saúde reprodutiva oriundas da CIPD e da

Conferência sobre a Mulher, elas serão instadas a estabelecer programas auto-sustentáveis que enfrentem com segurança as necessidades da mulher de receber assistência segura e de alta qualidade à saúde reprodutiva, incluindo uma adequada assistência pós-aborto.¹

A elaboração do marco conceitual para a auto-sustentação

Assegurar a auto-sustentação de programas inovadores e bem-sucedidos é um objetivo principal dos administradores de saúde e dos prestadores de serviços que aprimoram os serviços de assistência pós-aborto. Deve-se incorporar mecanismos apropriados e monitoração às práticas gerenciais atuais para que, desde o começo de um programa, exista uma inte-

gração eficaz de mudanças benéficas nos cuidados da paciente à prestação de serviços. Para assegurar a auto-sustentação dos programas, requer-se um apoio enérgico às políticas, uma distribuição adequada dos recursos, uma infra-estrutura apropriada ao sistema de saúde e competência técnica. Fundamentais para o sucesso de qualquer programa são a liderança e a vontade política necessárias para realizar mudanças de longo prazo. Ipas desenvolveu o marco conceitual para a auto-sustentação para ser utilizado como um instrumento de administração com o fim de assegurar a auto-sustentação dos programas (veja a figura 1). Esse marco conceitual surge do trabalho de Shepperd, que fez um esquema dos componentes básicos da auto-sustentação (Shepperd, 1991). Pode-se utilizar tanto para guiar a elaboração, a implantação, a expansão e a institucionalização dos programas, como para avaliar os programas retrospectivamente. Apesar de que foi desenvolvido especificamente para a assistência pós-aborto, pode-se aplicar a vários tipos de programas no setor de saúde, tanto governamentais quanto não governamentais.

O marco conceitual para a auto-sustentação

Pode-se facilitar o processo de tornar os programas inovadores de saúde em programas auto-sustentáveis mediante a utilização do marco conceitual para a auto-

¹ O termo assistência pós-aborto (APA) refere-se a uma medida para reduzir a morbimortalidade materna relacionada com o abortamento que ocorre em condições de risco. Os três elementos da APA são: serviços de tratamento de emergência do abortamento incompleto, planejamento familiar pós-aborto e vínculos entre os serviços de tratamento de emergência e os serviços integrais de saúde reprodutiva.

sustentação, com o fim de guiar a elaboração, a implantação, a expansão e a institucionalização dos programas. **O marco conceitual para a auto-sustentação sugere medidas específicas que os administradores de programas podem tomar para chegar à auto-sustentação.** O marco conceitual foi criado para ser utilizado:

- ◆ como **uma planilha para o desenvolvimento inicial de projetos** e para o planejamento de programas;
- ◆ como **um guia de monitoração** para identificar as áreas que necessitam atenção adicional durante a implantação e expansão dos programas; e
- ◆ como **um mecanismo de avaliação** em qualquer etapa durante ou depois do término de uma intervenção para avaliar o progresso até a institucionalização—todos os passos necessários para que um programa seja auto-sustentável.

Apesar de que existem muitas possíveis definições da auto-sustentação, os autores definem a *auto-sustentação dos programas* de saúde como: a eventual e total integração de capacitação e serviços nos sistemas atuais de capacitação e prestação de serviços em saúde, com a toma de responsabilidade pelo planejamento, gerenciamento e financiamento dos programas por parte das autoridades locais.

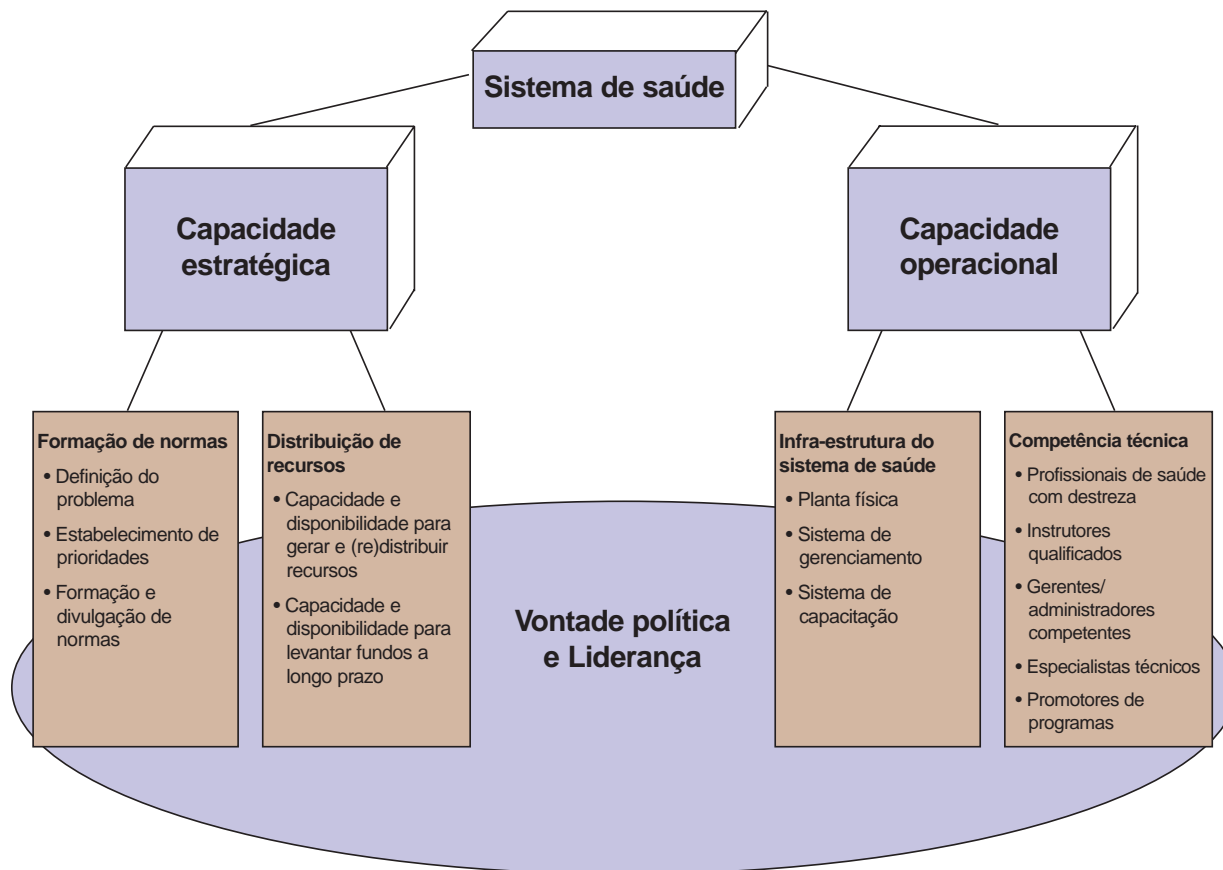
A auto-sustentação dos programas de saúde focaliza muito mais do que a recuperação de custos, incluindo assuntos tais como:

- ◆ o desenvolvimento de capacidade e infra-estrutura local para assegurar que as melhorias nos serviços continuem, mesmo quando se tenha concluído o apoio externo;
- ◆ a dedicação de recursos para continuar as melhorias e integrar novos serviços nas estruturas atuais de serviços.

Assegurar a auto-sustentação dos programas aprimorados em assistência pós-aborto apresenta muitos desafios à equipe de administração de saúde:

- ◆ Pode ser que os administradores confrontem decisões difíceis para distribuir recursos semelhantes que suplementem os provenientes dos financiadores. Esses recursos podem ser indispensáveis para que um programa específico desenvolva a capacidade local tanto da infra-estrutura como dos programas.
- ◆ Os formadores de normas devem trabalhar com colegas no sistema de saúde para assegurar que as novas diretrizes normativas apoiem as inovações programáticas e façam sentido dentro do contexto da prestação de serviços de saúde.
- ◆ Pode ser que seja difícil capacitar os profissionais de saúde para que adaptem e incorporem eficazmente

Figura 1: Um marco conceitual para a auto-sustentação dos programas de saúde



novas rotinas numa carga de trabalho que já é pesada.

O apoio de normas nos níveis mais altos do sistema de saúde é crucial ao sucesso dos programas inovadores em assistência pós-aborto cujo objetivo é melhorar a assistência à saúde da mulher. Os administradores de programas que se comprometem a cumprir este objetivo devem criar consciência e vontade política entre os oficiais principais para que se comprometam a abordar os problemas relacionados com o abortamento que ocorre em condições de risco.

Dentro do sistema de saúde: capacidade estratégica e capacidade operacional

O potencial para se sustentar novos programas de prestação de serviços de saúde depende da habilidade para desenvolver capacidade nos aspetos tanto estratégicos como operacionais do sistema de saúde (veja a Figura 1). A capacidade estratégica do sistema, segundo adaptação de Shepperd, refere-se à capacidade institucional de identificar áreas de necessidade, formar e implementar políticas, determinar prioridades e planejar os recursos financeiros e humanos necessários para criar um ambiente onde o programa possa ser realizado eficazmente. Dentro da capacidade estratégica, os assuntos em consideração dividem-se em duas categorias:

- ◆ a **formação de normas**, incluindo:
 - uma definição completa dos problemas,
 - o estabelecimento de prioridades, e
 - a formação e divulgação de normas em saúde que abordem o assunto;
- ◆ a **distribuição de recursos**, incluindo:
 - a capacidade e disposição para gerar e (re)distribuir os recursos; e
 - a capacidade e disposição para levantar fundos a longo prazo.

A capacidade operacional refere-se à habilidade do sistema para prestar serviços de saúde à comunidade dentro da infra-estrutura, da capacitação médica e dos sistemas de gerenciamento atuais. A capacidade operacional se define como: a habilidade funcional de se prestar serviços de

saúde à comunidade, a qual depende da qualidade da infra-estrutura do sistema e da competência técnica que têm os profissionais de saúde, instrutores, gerentes e outros profissionais técnicos para prestar serviços de saúde.

Os elementos da capacidade operacional são:

- ◆ a infra-estrutura do sistema de saúde, incluindo:
 - a infra-estrutura física;
 - os sistemas de gerenciamento; e
 - os sistemas de capacitação;
- ◆ a competência técnica, incluindo:
 - profissionais de saúde competentes;
 - instrutores qualificados;
 - gerentes e administradores competentes;
 - especialistas técnicos; e
 - promotores dos programas.

Apesar de que não seja necessário desenvolver capacidade estratégica antes de desenvolver capacidade operacional, é claro que os sistemas de saúde devem desenvolver a capacidade tanto estratégica como operacional para que um programa possa tornar-se auto-sustentável.

A vontade política e a liderança

A força unificadora em um sistema auto-sustentável é a vontade política e uma forte liderança local, as quais são necessárias para realizar e manter mudanças benéficas na capacitação e prestação de serviços. Como componentes unificadores do marco conceitual para a auto-sustentação, a liderança e a vontade política são fatores criticamente importantes que permitem a um programa desenvolver-se, expandindo, com sucesso, a capacidade estratégica e operacional como respaldo à auto-sustentação de longo prazo. Apesar de um programa do setor público a nível local ou hospitalário poder desfrutar de certo grau de sucesso, sem o respaldo geral do Ministério de Saúde ou de qualquer outra autoridade, seria difícil sustentar o programa a longo prazo sem uma liderança de topo. A liderança também é necessária a nível programático ou técnico dentro do sistema, como é o caso de uma unidade ou área

que serve como sede piloto para a nova intervenção. A força e reputação da instituição que implanta o projeto dá credibilidade à intervenção e pode ajudar a gerar um futuro apoio financeiro ou político. Um programa bem-sucedido também pode ajudar a elevar a reputação da instituição, particularmente quando os sucessos do projeto são publicados com regularidade. Tal reconhecimento representa uma parte importante da habilidade da instituição para garantir ou redistribuir os fundos para a continuação do programa. Frequentemente é um catalisador para iniciar programas em outras instituições no mesmo país ou em outros países numa região específica. O resto deste artigo discute o uso prospectivo do marco conceitual para a auto-sustentação como um instrumento para planejar uma estratégia nacional de melhoria na assistência pós-aborto, assim como seu uso retrospectivo como um instrumento para avaliar os serviços de assistência pós-aborto a nível nacional.

O uso prospectivo do marco conceitual para a auto-sustentação dos programas de saúde

Etiópia confronta um problema crítico de saúde pública com a alta taxa de mulheres que sofrem complicações por causa de abortamentos sob condições de risco. Com uma baixa taxa de prevalência de uso de métodos anticoncepcionais modernos (4,8%) e uma alta taxa de fertilidade total (6,8 a 7,0%), muitas mulheres etíopes passam por gestações não desejadas (CSA, 1993). A legislação restritiva em torno ao abortamento obriga muitas mulheres com gestações não desejadas a procurar serviços de praticantes não qualificados e, portanto, em condições de risco. Em um estudo de uma grande comunidade em Addis Ababa, concluiu-se que o abortamento sob condições de risco era a principal causa da mortalidade materna (Kwast e cols., 1986). Em outro estudo realizado em 1992 no Hospital Escola Jima, concluiu-se que a causa mais frequente de mortalidade para os casos obstétricos era o aborto ilegal (Yohannes Ali, 1994). Informação anterior preparada para um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS)/Universidade de Addis Ababa (AAU), realizado em cinco hospitais em Addis Ababa, calculou que até

50% dos leitos ginecológicos estão ocupados por pacientes com abortamento (Seyoum e cols., 1993). Num relatório de 1994, citou-se o impacto que tem o abortamento sob condições de risco nos serviços de saúde e recomendou-se o uso da aspiração manual intrauterina (AMIU) para o tratamento do abortamento incompleto (Bekele e cols., 1994). Para ajudar a abordar o problema do abortamento sob condições de risco e melhorar a assistência pós-aborto, membros da Sociedade Etíope de Obstetras e Ginecologistas (ESOG), durante recentes reuniões anuais, tiveram contínuas discussões sobre os problemas relacionados com a assistência pós-aborto.

Seguindo um projeto piloto estabelecido em 1992-1993 no Hospital-Maternidade Ghandi em Addis Ababa por um grupo cooperador que incluía o Departamento de Saúde Familiar do Ministério de Saúde de Etiópia, a Faculdade de Medicina de Addis Ababa, assim como Ipas, desenvolveu-se um plano de dois anos para um Programa Nacional de Assistência Pós-aborto. Desde que o programa foi iniciado em 1994, introduziram-se programas tanto de capacitação como de serviços em assistência pós-aborto, num total de 12 hospitais governamentais no país. Durante o segundo ano do plano de quatro anos, um seminário de avaliação recalçou a importância de se sustentar e expandir o programa a nível nacional. O tratamento das complicações decorrentes do abortamento sob condições de risco foi colocado dentro do Programa para Maternidade Segura. Como resultado de um seminário, realizado em 1996, patrocinado pelo Ministério de Saúde, a capacitação e os serviços em assistência pós-aborto serão parte do programa governamental de assistência obstétrica de emergência. Em preparação para a redução de apoio externo ao projeto em junho de 1996, estabeleceu-se um Comitê para Maternidade Segura, com a assistência do Departamento de Saúde Familiar e de Ipas, a fim de desenvolver um plano estratégico para expandir e sustentar o Programa Nacional em Assistência Pós-aborto, como parte da programação contínua do Ministério de Saúde em Saúde Materna. O Comitê para Maternidade Segura utilizou o marco conceitual para a auto-sustentação para guiar o processo de planejamento estratégico.

Comitê para Maternidade Segura: Desenvolvimento de um plano estratégico

O pessoal estratégico do Ministério de Saúde, a Faculdade de Medicina e Ipas convocaram um pequeno Comitê para Maternidade Segura composto por profissionais de saúde representando: o Departamento de Saúde da Família do Ministério de Saúde, a Faculdade de Medicina da Universidade de Addis Ababa, a Sociedade Etíope de Obstetras e Ginecologistas, dois hospitais regionais estratégicos na periferia de Addis Ababa, dois hospitais mais em Addis Ababa, o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e Ipas. Este comitê foi organizado de forma que se representasse uma gama de perspectivas e habilidades desde os pontos de vista programáticos, administrativos, políticos e clínicos, assim como as realidades tanto urbanas quanto rurais. FNUAP foi incluído como um financiador básico, comprometido a ajudar o Ministério de Saúde a melhorar a assistência pós-aborto. A maioria dos integrantes do comitê foram apontados oficialmente pelos diretores de suas respectivas organizações para que participassem no grupo. Durante um período de três meses, o Comitê para Maternidade Segura realizou quatro reuniões formais para desenvolver um plano estratégico com o fim de sustentar e expandir os programas de assistência pós-aborto a nível nacional, utilizando o marco conceitual para a auto-sustentação como a base para o plano estratégico.

Definições e assuntos chave

O comitê primeiro elaborou sua própria definição de auto-sustentação e deu ênfase à importância de que o Ministério de Saúde tivesse assumido toda a responsabilidade de administrar e distribuir as finanças para o programa. Depois, o comitê colocou os assuntos chave que deveriam se abordar para sustentar o programa nas áreas de capacidade estratégica e operacional. O comitê concordou quanto a um plano integral para prestar serviços de assistência pós-aborto e depois conversou sobre a melhor forma de integrar a assistência pós-aborto nos programas do Ministério de Saúde rela-

cionados com a saúde materna e o papel que o Departamento de Saúde Familiar deveria desempenhar na organização e administração das atividades.

Um dos temas principais durante as discussões foi como descentralizar os serviços de assistência pós-aborto aos hospitais locais e eventualmente aos centros de saúde. O Comitê para Maternidade Segura procurou identificar formas para desenvolver capacidade tanto estratégica quanto operacional a nível regional com o fim de conseguir a descentralização dos serviços de assistência pós-aborto nos centros regionais de capacitação em assistência obstétrica de emergência. A elaboração de um mecanismo de financiamento entre o governo central e as regiões descentralizadas recém criadas foi crucial tanto para as atividades em assistência pós-aborto como para outros programas em saúde. O comitê classificou as regiões em termos da capacidade administrativa para receber e utilizar financiamento para programas, concordando em começar a trabalhar na assistência pós-aborto nas regiões que já possuem a capacidade para administrar e prestar contas dos fundos.

O Comitê para Maternidade Segura avaliou o estado atual dos desafios administrativos, logísticos e clínicos quanto à assistência pós-aborto, por meio de um modelo que descreve como os médicos nos hospitais regionais e locais poderiam trabalhar com as autoridades regionais de saúde para aumentar consciência quanto à necessidade de assistência pós-aborto e financiamento regional, assim como para criar sistemas úteis de informação. No modelo criado pelo comitê, o Ministério de Saúde a nível central comparte com os médicos regionais a responsabilidade de orientar e conscientizar as autoridades regionais de saúde na assistência pós-aborto como parte dos serviços de assistência obstétrica de emergência. Esses resultados passaram a formar parte do plano detalhado de atividades desenvolvido pelo comitê para o ano subsequente.

O comitê também utilizou o marco conceitual para a auto-sustentação para considerar assuntos de capacidade estratégica, tais como a melhor forma em que o Ministério de Saúde e as organizações profissionais poderiam aumentar consciência sobre o problema que representa o abortamento sob condições de

risco e a contribuição que representaria o melhoramento da assistência pós-aborto para a saúde pública. Os resultados obtidos mediante a fase de capacidade estratégica do marco conceitual incluíam planos para integrar a assistência pós-aborto como um tema nos programas de todos os seminários e oficinas organizados em relação à saúde reprodutiva, assim como planos para que os ginecologistas que trabalham em hospitais regionais coordenem o processo de sensibilizar as autoridades regionais de saúde. Analisaram-se as normas nacionais, locais e hospitalárias no que diz respeito à assistência pós-aborto e fizeram-se recomendações para realizar mudanças adequadas para aprimorar os serviços prestados à mulher.

O plano estratégico para a assistência pós-aborto foi criado antes da quarta e última reunião do Comitê para Maternidade Segura. Incluiu um orçamento de dois anos e medidas detalhadas que o Ministério de Saúde tomará para sustentar e expandir os serviços de assistência pós-aborto como parte da assistência obstétrica de emergência. FNUAP estudou o plano e comprometeu-se a apoiar o Ministério de Saúde nas suas atividades relacionadas com a assistência pós-aborto. Os integrantes do Comitê para Maternidade Segura consideraram que ter um plano estratégico bem escrito para a continuação e expansão das atividades foi crucial para assegurar financiamento multilateral a nível nacional.

Lições aprendidas na Etiópia

A criação de um comitê formal de planejamento estratégico pode reunir apoio para o programa.

- ◆ É crítico envolver participantes de diversos âmbitos que representem diferentes perspectivas. Deve-se incluir praticantes e administradores tanto dos escritórios centrais como locais do Ministério de Saúde, profissionais de saúde de instituições de saúde tanto urbanas como rurais e de hospitais-escola, equipe de enfermagem, assim como organizações médicas profissionais e representantes de instituições financiadoras comprometidas com o assunto.
- ◆ Deve-se dedicar tempo adequado à preparação de relatórios aos chefes e



L. Bohmer IPAS, 1996

A assistência pós-aborto na Etiópia

O abortamento que ocorre em condições de risco é um problema crítico de saúde pública na Etiópia. Com uma baixa taxa de prevalência de uso de métodos anticoncepcionais modernos (4,8%) e uma alta taxa de fertilidade total (6,8 a 7,0%), muitas mulheres etíopes têm gestações não desejadas (CSA, 1993). A legislação restritiva quanto ao abortamento obriga muitas mulheres com gestações não desejadas a procurar serviços de prestadores não qualificados que praticam em condições de risco. Num estudo de uma grande comunidade em Addis Ababa, concluiu-se que o abortamento sob condições de risco era a causa principal da mortalidade materna (Kwast e cols., 1986). Em outro estudo realizado em 1992 no Hospital-Escola Jima, concluiu-se que a causa mais freqüente de mortalidade para os casos obstétricos era o abortamento ilegal (Yohannes Ali, 1994). A informação geral preparada para um estudo da OMS e da Universidade de Addis Ababa (AAU), realizado em cinco hospitais em Addis Ababa, calculou que até 50% dos leitos ginecológicos estão ocupados por pacientes com abortamento (Seyoum e cols., 1993). Num relatório de 1994, citou-se o efeito do abortamento sob condições de risco nos serviços de saúde; e recomendou-se o uso da aspiração manual intrauterina (AMIU) para o tratamento do abortamento incompleto (Bekele e cols., 1994).

Com o objetivo de cobrir as necessidades das mulheres de receber assistência pós-aborto de alta qualidade, Ipas começou a colaborar com o Ministério de Saúde da Etiópia e com o Departamento de Gineco-obstetrícia na Universidade de Addis Ababa (AAU), no final de 1992, para facilitar a capacitação em assistência pós-aborto de alguns médicos principais. O sucesso deste esforço em pequena escala instou o Ministério de Saúde e a AAU a continuar colaborando com Ipas e, em 1994, lançou-se a segunda fase do programa: um plano de dois anos para a expansão de serviços de assistência pós-aborto a nível nacional. O objetivo principal deste programa era melhorar o tratamento do abortamento incompleto mediante a extensão dos serviços de AMIU, vinculados com melhorias nas práticas de prestação de serviços de planejamento familiar pós-aborto, a hospitais públicos estratégicos selecionados na Etiópia. Nas atividades iniciais de capacitação, focalizou-se a consolidação dos esforços em assistência pós-aborto em Addis Ababa mediante a introdução e o estabelecimento de serviços de assistência pós-aborto nas cinco unidades de hospitais públicos em Addis Ababa. A medida em que o programa se expandiu a outras áreas, estabeleceram-se cinco hospitais como centros regionais de capacitação em assistência pós-aborto. Atualmente, em cada um desses centros continua realizando-se capacitação subsequente, em base regional, para os hospitais vizinhos. A princípios de 1996, o Ministério de Saúde decidiu incorporar os serviços de assistência pós-aborto no seu Programa de Assistência Obstétrica de Emergência para uma futura expansão.

administradores principais sobre a formação do comitê para o planejamento estratégico, para que os membros possam ser formalmente apontados a participar com todo o apoio de seus supervisores, assim como para ganhar apoio oficial para o plano estratégico.

- ◆ Além disso, deve-se chegar a um acordo sobre o plano de divulgação para a estratégia como parte do processo de planejamento.

Para que os serviços de assistência pós-aborto possam ser sustentados pelos serviços de saúde governamentais, devem caber dentro da programação geral do Ministério para a saúde reprodutiva.

- ◆ Incluir a assistência pós-aborto numa iniciativa formal, como o Programa para Maternidade Segura ou a Assistência Obstétrica de Emergência, pode dar-lhe a atenção e o reconhecimento necessários para sustentar melhorias na saúde reprodutiva.
- ◆ Os esforços também devem ser focalizados na integração de serviços e capacitação em assistência pós-aborto nos programas afins de capacitação e serviços, dentro das estruturas regionais.

O marco conceitual para a auto-sustentação como um instrumento de avaliação retrospectiva

Nicarágua tem uma das taxas mais altas de mortalidade materna na América Latina. Os expertos no campo de saúde pública têm identificado o abortamento sob condições de risco como a causa principal de mortalidade materna no país. Em meados dos anos oitenta, revelou-se em vários estudos que, de todos os óbitos maternos na Nicarágua, 50% podia atribuir-se ao abortamento sob condições de risco (Altamirano, 1985). No maior hospital-maternidade do país (Hospital “Bertha Calderón”), internava-se tantas mulheres procurando tratamento por abortamento incompleto que resultava comum que três mulheres compartilhassem um leito no hospital (Ipas, 1995).

Melhorias no tratamento do abortamento incompleto

Em 1989, o Ministério de Saúde (MINSa) colaborou com Ipas no lançamento de um programa para melhorar o tratamento do abortamento incompleto, assim como os serviços em assistência pós-aborto e orientação, mediante a capacitação e assistência técnica na prestação de serviços. O projeto tornou-se numa parte integral do Comitê pela luta contra a mortalidade materna na Nicarágua, a fim de reduzir a mortalidade materna devida ao abortamento sob condições de risco. Ipas forneceu assistência técnica e financeira, assim como instrumental médico, para a iniciativa a nível nacional. Em 1995, equipes de saúde, em vários níveis do sistema de saúde (desde importantes hospitais de capacitação até centros de saúde), tinham sido capacitadas no uso da técnica de AMIU e estavam prestando serviços de AMIU em 30 unidades. No mesmo ano, dado que se tinha cumprido os objetivos iniciais do projeto e o mesmo tornou-se auto-sustentável, Ipas concluiu sua assistência técnica e financeira ao projeto.

O marco conceitual para a auto-sustentação como instrumento de avaliação retrospectiva

Aproximadamente um ano depois que se concluiu toda a assistência técnica e financeira de Ipas, os serviços de assistência pós-aborto na Nicarágua foram avaliados por meio do marco conceitual para a auto-sustentação. Ipas e seus colaboradores estavam interessados em saber se o projeto continuava no mesmo nível que tinha alcançado antes de junho de 1995, se seu alcance tinha se expandido, melhorado ou reduzido a nível nacional. A avaliação demonstrou a utilidade do marco conceitual para a auto-sustentação na avaliação retrospectiva de programas.

A equipe de avaliação utilizou vários métodos em seqüência. Primeiro, realizou-se um grupo focal com sete residentes médicos em gineco-obstetrícia do maior hospital-maternidade na Nicarágua. Depois, as pesquisadoras visitaram uma amostra geograficamente representativa de unidades de saúde em todo o país.

- ◆ **As pesquisadoras visitaram e observaram a capacidade operacional e a qualidade dos serviços** em 11 unidades de saúde que prestavam

assistência pós-aborto, pertencentes a três níveis do sistema de saúde (centros de saúde do primeiro nível, hospitais regionais e hospitais especializados do terceiro nível) e selecionaram as unidades conforme o tempo em que tinham participado do programa de assistência pós-aborto. A Direção Nacional de Saúde da Mulher e da Criança, de MINSa, coordenou a maioria das visitas.

- ◆ **Durante as visitas, entrevistou-se membros da equipe de saúde que participaram da prestação de serviços, direta ou indiretamente, através da administração dos serviços.** A maioria dos entrevistados eram diretores de hospitais e centros de saúde, médicos e paramédicos, ou administradores a nível local.
- ◆ **As pesquisadoras utilizaram uma entrevista aberta e dirigida** para obter respostas a várias perguntas básicas sobre a função, administração, percepção de benefícios e desvantagens, assim como o nível de incorporação do programa nas normas locais e nacionais relacionadas com a saúde.
- ◆ Além de realizar entrevistas, cada unidade que diretamente prestava serviços de AMIU e de assistência pós-aborto foi avaliada conforme seus atributos físicos (p. ex., infraestrutura, limpeza, suprimentos) assim como os componentes psicossociais da assistência (p. ex., trato e comunicação entre a equipe de saúde e as pacientes).
- ◆ Imediatamente depois de cada visita às unidades, forneceu-se retroinformação ao médico responsável dos serviços de AMIU ou ao diretor do hospital. Conversou-se sobre as fortalezas, fraquezas e recomendações para melhorias e ações futuras.

Compilação de dados

Baseando-se no marco conceitual, foram desenvolvidos instrumentos para a compilação de dados e agrupou-se os dados compilados em categorias de utilidade à MINSa para modificar as atividades atuais e para propósitos de monitoração futura. O marco conceitual para a auto-sustentação ajudou o Ministério a focalizar mel-

horias nas questões específicas e ajudará Ipas a desenvolver futuros programas em assistência pós-aborto em outros países.

Resultados da avaliação

Em 1996, uma avaliação descobriu que o Programa Nacional de Assistência Pós-aborto continuou funcionando no mesmo nível estabelecido quando terminou o financiamento externo em junho de 1995. Todas as unidades continuaram praticando a AMIU e houve consenso quanto aos benefícios do uso da AMIU. O programa desfrutava de muito apoio baseado na vontade política e continuava sendo guiado por liderança competente nos diferentes níveis do sistema de saúde. As atividades em assistência pós-aborto

arraigaram-se aos programas nacionais e os recursos sustentados, tanto nacionais como locais, foram distribuídos e redistribuídos ao programa. Continua-se prestando serviços de assistência pós-aborto nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Identificação das necessidades contínuas

O marco conceitual iluminou certos assuntos aos quais deve-se prestar atenção. Demonstrou-se que certas áreas da capacidade operacional da infra-estrutura do sistema de saúde não tinham progredido tanto na aquisição de auto-sustentação. Por exemplo, o instrumental de AMIU deveria se integrar nos formulários

gerais para pedidos de suprimentos básicos, para que as unidades não tenham que solicitar equipamento de AMIU por separado. Além disso, o fornecimento de informações e materiais escritos sobre a assistência pós-aborto às unidades é um pouco esporádico e poderia realizar-se com mais eficácia. Assegurar um fornecimento mais constante tanto de instrumental de AMIU como de material educacional/informativo permitiria que os capacitadores interessados pudessem continuar capacitando profissionais em novas unidades e, portanto, aumentar o número de serviços disponíveis. Também relatou-se que em certas unidades ainda é necessário prestar mais atenção à competência técnica, a qual pode ser melhorada. Os assuntos identificados incluíram: o manejo da dor, trato e comunicação entre a paciente e o profissional de saúde, assim como a disponibilidade de orientação em contracepção.

A assistência pós-aborto na Nicarágua

Nicarágua possui uma das taxas mais altas de mortalidade materna na América Latina, calculada entre 150 a 165 óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos. Entre as adolescentes, as complicações do abortamento representam um importante fator na mortalidade materna. Em 1990, até 6% dos óbitos maternos entre as adolescentes foram causados por complicações do abortamento. No mesmo ano, as complicações do abortamento causaram até 24% de todos os óbitos maternos (Zapata, 1994).

Em 1989, Ipas iniciou uma colaboração com o Ministério de Saúde de Nicarágua e lançou um programa nacional de capacitação em prestação de serviços para atender as mulheres com abortamento incompleto e prestar orientação e assistência pós-aborto. Esse projeto tornou-se numa parte integral do Comitê pela luta contra a mortalidade materna na Nicarágua, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna devida ao abortamento sob condições de risco. Ipas forneceu assistência técnica e financeira, assim como instrumental médico, para a iniciativa a nível nacional. Em 1995, equipes de saúde em vários níveis do sistema de saúde (desde importantes hospitais de capacitação até centros de saúde) tinham sido capacitadas no uso da técnica de AMIU e estavam prestando serviços de AMIU às mulheres necessitadas, em 30 unidades de saúde pública. No mesmo ano, o projeto "formou-se" oficialmente e concluiu-se o apoio externo de Ipas.



F. Greenslade IPAS, 1993

Lições aprendidas na Nicarágua

Como foi o caso na Etiópia, é crucial incluir informações de todos os níveis do sistema de saúde e selecionar informantes de uma variedade de âmbitos de saúde, de maneira que as distintas práticas e perspectivas administrativas estejam bem representadas. A incorporação das equipes das unidades no processo das visitas de avaliação, assim como o fornecimento de retroinformação imediatamente depois de cada visita, ajudaram a criar uma parceria.

Um enfoque nas necessidades do Ministério a respeito da informação necessária para compilar dados para a avaliação preparou o terreno para que os resultados pudessem ser integrados nas funções do Ministério. A informação também permitiu à MINSA a oportunidade de prestar orientação específica a certas unidades de saúde dentro do sistema.

Avanços no Tratamento do Aborto é uma publicação ocasional do IPAS. Dirige-se aos assuntos relacionados com a qualidade da assistência ao abortamento, incluindo: introdução de tecnologias apropriadas, informação clínica atual, perspectivas femininas, resultados de pesquisas e experiências dos projetos de IPAS e de outras organizações atualmente em vigor em países em desenvolvimento.

IPAS está dedicada a melhorar a saúde da mulher através de um enfoque na assistência à saúde reprodutiva. Consideramos que toda mulher tem o direito a opções reprodutivas seguras e a uma assistência médica de alta qualidade. IPAS se concentra na prevenção do abortamento realizado sob condições inadequadas, no atendimento às suas complicações, na redução das suas consequências, assim como no aumento do acesso das mulheres a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva.

IPAS dirige seus esforços às seguintes áreas:

- influir nas políticas de saúde e nas decisões programáticas através de pesquisas, assistência técnica e informação;
- aprimorar a capacidade dos profissionais de saúde através de capacitação clínica e administrativa; e
- melhorar os serviços aumentando a disponibilidade de tecnologias apropriadas para a assistência à saúde reprodutiva.

Cópias individuais de *Avanços no Tratamento do Aborto* podem ser obtidas gratuitamente. Para pedir várias cópias, contate:

Judith Winkler, Editora da Serie
Avanços no Tratamento do Aborto
IPAS
303 E. Main Street • P.O. Box 999
Carrboro, NC 27510 E.U.A.
Tel: (919) 967-7052 • Fax: (919) 929-0258
Email: ipas@ipas.org

© IPAS, 1998

Traduzido por Lisette Silva.

Editado por Clarice Novaes da Mota.

Desenho e composição por Beth Rimmer.

Este documento pode ser reproduzido total ou parcialmente, com objetivos educacionais e/ou fins não lucrativos, com a permissão do IPAS. Se deseja citar ou reproduzir partes deste documento, o(s) nome(s) do(s) autor(es), o título do documento, o título da série, IPAS, e a data devem ser claramente citados.

Forrest C. Greenslade, Ph.D.
Presidente

Ann H. Leonard, RN, MSPH
Vice-presidente Executiva

Judith Winkler
Vice-presidente

IPAS é uma organização, não-governamental, sem fins lucrativos, localizada em Carrboro, Carolina do Norte, E.U.A.

Conclusão

As iniciativas para combater o abortamento sob condições de risco podem ser eficazes quando o assunto é tratado como um problema de saúde pública dentro do contexto de prestar assistência adequada ao pós-aborto. Porém, o compromisso dos ministérios de saúde e dos profissionais de saúde é a chave para o sucesso contínuo. O marco conceitual para a auto-sustentação representa um instrumento analítico útil para o planejamento, a implantação e a expansão dos programas, assim como um mecanismo de avaliação em qualquer momento durante ou depois de uma intervenção, para avaliar o progresso até a institucionalização. A experiência de IPAS na Etiópia indica a importância do planejamento estratégico para reunir apoio para os programas, assim como para recrutar participantes de diversos âmbitos. O exemplo da Nicarágua ilustra o valor do marco conceitual no fornecimento de análise retrospectiva dos programas. Juntos, as avaliações e resultados positivos de aplicações práticas separadas, utilizadas em dois países essencialmente diferentes, indicam o valor potencial do marco conceitual para a auto-sustentação, à medida que os administradores de saúde e os prestadores de serviços lutam por cobrir o desafio de prestar assistência pós-aborto dentro do contexto dos serviços de assistência à saúde reprodutiva.

Bibliografia

- Altamirano, L. El aborto inducido ilegalmente. Costos y consecuencias. [Trabajo no publicado, 1985] Hospital de la Mujer "Bertha Calderón", Managua, Nicaragua.
- Bekele M, Bjerer G, Gebre-Selassie S, Hojer B, Ransjo-Arvidsson A. Sexual and reproductive health in Ethiopia. 1994: Report I, Situational Analysis and Description. Consultancy Report submitted to SIDA.
- Bossert TJ. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine* 1990; 30(9): 1015-1023.

Central Statistical Authority. The 1990 national family and fertility survey report. Transitional Government of Ethiopia, Central Statistical Authority, Population Analysis and Studies Center. Addis Ababa, Ethiopia, 1993.

DeWinter ER. Which way to sustainability? External support to health projects in developing countries. *Health Policy and Planning* 1993; 8(2): 150-156.

Haile A. Unintended conception and unwanted fertility in Gondar, Ethiopia. *East Africa Medical Journal* 1992; 69: 7.

IPAS. Latin America Reports-Nicaragua; 1995.

Kwast BE, Rochat RW, Kidane-Mariam W. Maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. *Studies in Family Planning* 1986; 17: 6.

Seyoum Y. A survey of illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia. 1993; Department of Obstetrics and Gynaecology, Addis Ababa University, Ethiopia.

Seyoum Y, Kifle G. A six-year review of maternal mortality in a teaching hospital in Addis Ababa. *Ethiopian Medical Journal* 1988; 26: 115-119.

Shepperd JD. Capacity building for the health sector in Africa. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 1991; 5(2): 131-144.

Stefanini A. Sustainability: The role of NGOs. *World Health Forum* 1995; 16:42-46.

Yohannes Ali. Analysis of maternal deaths in Jima Hospital southwestern Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 1994; 32:16-19.

Zapata J. El embarazo en la adolescente en Nicaragua: su entorno. *Mujer...Temas de Salud* 1994.

