

# Água, saneamento e higiene

Uma base de fortes sistemas de saúde resilientes

Relatório de aprendizagem global  
Maio de 2022



**WaterAid**

● Januka Bhandari, uma das participantes na formação de sabão líquido, lavou as mãos na nova estação de lavagem de mãos, posto de saúde de Bhumlutaar, Kavre, Nepal. Setembro de 2020.



# Conteúdos

<b>Sumário executivo</b>	<b>4</b>
<b>Secção 1 – Introdução</b>	<b>8</b>
1.1 O desafio	10
1.2. Sistemas de saúde inclusivos	12
1.3. Abordagem de sistemas	14
<b>Secção 2 – Abordagens e lições</b>	<b>16</b>
2.1 Princípios da aplicação de sistemas de reforço na prática	17
2.2 Quais são os papéis do sector da saúde e do ASH?	18
<b>Secção 3 – Destaque para a implementação localizada para a aprendizagem, adaptation e escala</b>	<b>20</b>
3.1 Desenvolvimento de um ASH localizado na intervenção do HCF	21
<b>Secção 4 – Estudos de casos de países</b>	<b>24</b>
● <b>Estudo de caso do Bangladesh:</b> Modelação de ASH em clínicas comunitárias	<b>25</b>
● <b>Estudo de caso do Cambodja:</b> ASH sobre género e ASH inclusivo no HCF	<b>28</b>
● <b>Estudo de caso do Gana:</b> Tradução de inovações a nível distrital para influenciar nacional política e acção	<b>31</b>
● <b>Estudo de caso da Índia:</b> Uma abordagem dos sistemas de saúde para integrar o ASH no HCF	<b>34</b>
● <b>Estudo de caso do Malawi:</b> Envolvimento da comunidade - o caso de Chikweo Health Centre	<b>37</b>
● <b>Estudo de caso do Mali:</b> Parcerias e coordenação para um ASH eficaz services no HCF	<b>40</b>
● <b>Estudo de caso de Mianmar:</b> Apoio ao projecto Nascimentos Mais Seguros em Mianmar	<b>43</b>
● <b>Estudo de caso do Nepal:</b> Viagem de ASH no HCF National Standard endorsement	<b>46</b>
● <b>Estudo de caso da Tanzânia:</b> Abordagens múltiplas para aumentar o ASH para resultados saudáveis	<b>49</b>
● <b>Estudo de caso do Uganda:</b> Acção de condução de provas	<b>52</b>
● <b>Estudo de caso da Zâmbia:</b> Género e inclusão social em ASH no HCF	<b>55</b>
<b>Secção 5: Conclusões</b>	<b>58</b>

# Sumário executivo

**Água, saneamento e higiene (ASH) nas instalações de saúde (HCF) é essencial para prestar cuidados de qualidade e prevenir mortes evitáveis. Como o mundo enfrenta as alterações climáticas, as epidemias e a pandemia COVID-19 em curso, a necessidade de ASH resistente ao clima, inclusivo e sustentável nunca foi tão importante. O ASH nos serviços e comportamentos do HCF precisa de ser resistente às alterações climáticas, receptivo às emergências de saúde pública e apto a satisfazer as necessidades diversas e em mudança da população.**

A falta de acesso a ASH há muito que prejudica a qualidade e segurança dos serviços prestados no HCF e atrasa o progresso no sentido da cobertura universal da saúde (UHC). A pandemia de COVID-19 trouxe um enfoque renovado nos sistemas de saúde e no HCF, bem como realçou as lacunas e desigualdades a nível mundial. Tem sublinhado que os serviços e comportamentos ASH no HCF são um pré-requisito para a prevenção e controlo de infecções (IPC), para a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde, e fundamentais para sistemas de saúde fortes e resistentes que possam prestar cuidados de saúde de qualidade em tempos de crise. Precisamos de

abordar urgentemente a crise de ASH no HCF para melhorar a qualidade dos serviços e comportamentos de saúde, reforçar a preparação para pandemias e criar sistemas de saúde resilientes.

Quando o ASH existe no HCF, o seu desempenho é muitas vezes inferior ou mal gerido. A fraca sustentabilidade do ASH é susceptível de ser piorada pelos impactos das alterações climáticas, sistemas de saúde devastadores, interrupção de serviços de rotina e infra-estruturas de HCF esmagadoras - incluindo ASH. O reforço dos sistemas necessários to manter e restaurar ASH em HCF é imperativo para assegurar que os serviços da linha da frente possam responder, lidar, recuperar e adaptar-se a grandes emergências de saúde pública e a tensões relacionadas com o clima.

Este relatório de aprendizagem baseia-se nas lições emergentes do nosso trabalho de ASH no HCF, em todos os países em que trabalhamos. Partilhamos experiências práticas de reforço do sistema de ASH em HCF e exploramos exemplos de onde foram feitos progressos a nível distrital e nacional. Esperamos que, capturando as lições aprendidas e partilhando abordagens que têm apoiado o sucesso, mostraremos onde o investimento e a acção são necessários para alcançar um acesso inclusivo e sustentável a ASH em todo o HCF. Temos vindo a trabalhar with ministérios da saúde (MoH) e partners to para melhorar o ASH no HCF em mais de vinte países - em alguns casos há mais de uma década.

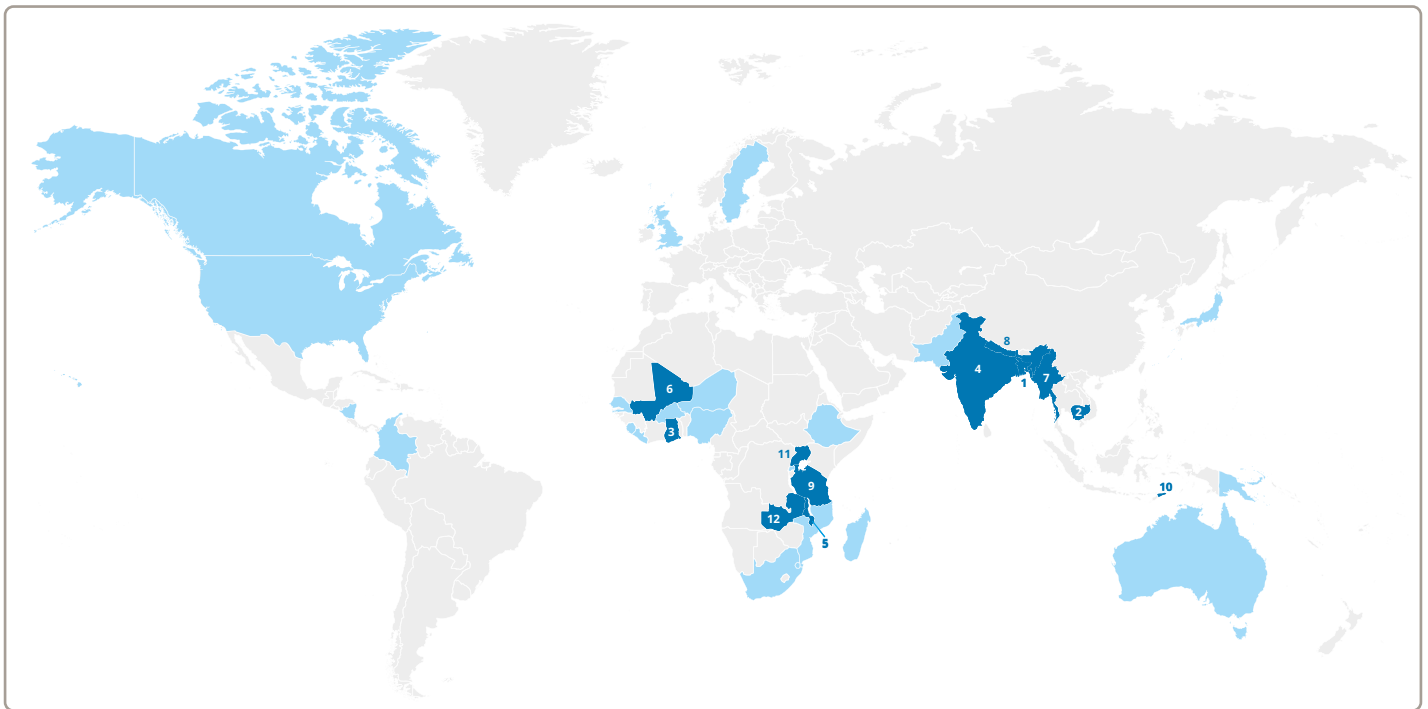
Também estamos desenvolvendo as lições e recomendações do nosso relatório de 2018, [\*\*Transformando os sistemas de saúde: o papel vital da água, saneamento e higiene.\*\*](#) Desde 2018, houve um progresso notável; [\*\*Os Estados Membros da Assembleia Mundial da Saúde \(WHA\) adoptaram a primeira resolução dedicada do mundo para ASH em HCF; as primeiras estimativas de custo global para alcançar ASH em HCF em Menos Desenvolvido Países \(PMA\) até 2030 foram publicados; e marcadores significativos de progresso em nível nacional foram alcançados\*\*](#) - como o impulso para o desenvolvimento de planos



▼ Um grupo de crianças a lavar as mãos de um cano de bambu caseiro de uma nascente de água de nascente num leito de rio seco. Liquiçá, Timor-Leste. Novembro de 2019.



## WaterAid ASH em estudos de casos de países do HCF



- |               |           |             |                 |
|---------------|-----------|-------------|-----------------|
| 1. Bangladesh | 4. Índia  | 7. Myanmar  | 10. Timor-Leste |
| 2. Cambodja   | 5. Malawi | 8. Nepal    | 11. Uganda      |
| 3. Gana       | 6. Mali   | 9. Tanzânia | 12. Zâmbia      |

Os países de azul escuro são os estudos de caso deste relatório. Os países de azul claro são os nossos membros da federação, escritórios regionais e programas nacionais.

custeados para ASH no HCF e a adoção de padrões nacionais. Este relatório de aprendizagem oferece uma oportunidade de compartilhar nossas lições e ser responsável por nossa contribuição para o progresso no ASH na resolução HCF e nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e 6.

**Neste relatório, o termo "ASH no HCF" refere-se ao fornecimento de água, saneamento, higiene, limpeza ambiental e serviços de gestão de resíduos e comporta dentro da HCF a todos os níveis do sistema de saúde com, no mínimo, os indicadores como definido pela por JMP para ASH no HCF.**

Este relatório de aprendizagem partilha a Teoria da Mudança da WaterAid, com base na nossa experiência de trabalho com governos e parceiros para melhorar o ASH no HCF. Explora a nossa abordagem ao reforço do sistema, e como isto tem apoiado melhorias sustentáveis

em ASH no HCF. Reunimos estudos de caso para demonstrar como fortalecemos os aspectos técnicos, políticos e financeiros de ASH em HCF, em parceria com governos e parceiros nacionais e globais. Construímos ligações entre profissionais de ASH e IPC, e trabalhamos com parceiros para colmatar lacunas nas estratégias de custos para ASH em HCF.

Acima de tudo, temos defendido a responsabilização e inclusão em ASH no HCF - reforçando a capacidade de resposta dos prestadores de serviços e autoridades, mecanismos de responsabilização a nível nacional e comunitário, e desenvolvemos abordagens de igualdade de género e inclusão social para assegurar que ASH está disponível para todos, em todos os contextos de saúde.

Este relatório é dirigido aos profissionais de ASH no HCF, governos, doadores e decisores de ASH e saúde. Não é uma avaliação ou uma análise exaustiva de todos os ASH da WaterAid nos programas do HCF.

# Recomendações



**Os governos, em parceria com a sociedade civil e os parceiros de desenvolvimento, deveriam:**

- Integrar ASH no HCF como componente central nas políticas de saúde e IPC, para a saúde materna, infantil e neonatal, resistência anti microbiana (AMR), segurança sanitária, programas de preparação e resposta a pandemias, e em estratégias para alcançar a UHC.
- Incentivar o trabalho intersectorial e reforçar a coordenação nacional e sub-nacional entre os ministérios responsáveis pela saúde, finanças e ASH para assegurar o financiamento adequado para apoiar a prestação sustentável e inclusiva de todos os aspectos do ASH em todo o sistema de saúde. Acompanhar o progresso em relação aos padrões nacionais em ASH no âmbito dos sistemas de monitorização da saúde de rotina e dos mecanismos de responsabilização liderados pelos cidadãos com capacidade de resposta.
- Desenvolver, financiar e implementar estratégias nacionais de custos para ASH no HCF. Investir em ASH no HCF como parte de sistemas de saúde mais amplos e investimentos na preparação para pandemias, com financiamento sustentável a longo prazo, nacional e de doadores.
- Apoiar as comunidades a responsabilizarem-se pela saúde e os detentores de direitos de ASH a progress sobre ASH no HCF. Isto inclui um compromisso de tempo e recursos (tanto humanos como financeiros) para aumentar o acesso a ASH no HCF e melhorar os níveis de serviço de ASH, para que as comunidades e os trabalhadores da linha da frente da linha da frente sejam satisfeitos - e lhes permitam lidar eficazmente com choques, particularmente durante crises como a pandemia de COVID-19.



WaterAid/Francis Chipanda



WaterAid/Ko Ko Htay

▲ Início: Marriam Kadangwa a encher um balde com água de uma torneira instalada através do Projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), que é financiado pelo Fundo de Desenvolvimento Internacional do Governo Escocês. Centro de Saúde de Chikweo, Malawi. Dezembro de 2021.

Fundo: Lavagem das mãos com água e sabão, no hospital da Hinthada, no township da Hinthada, Myanmar. Março de 2020.

# Lições chave

**O progresso nacional em ASH no HCF requer colaboração e acção multi sectorial - isto inclui partes interessadas governamentais, ASH, doadores, e profissionais de saúde, ONGs, e sociedade civil. A partir da nossa experiência, acreditamos que as seguintes acções e abordagens contribuem para o sucesso (para mais detalhes ver [Secção 5](#)):**

1. Mapear e compreender as barreiras sistémicas e as oportunidades de fazer avançar o ASH no HCF para assegurar que as intervenções são relevantes e com impacto.
2. Os parceiros devem envolver-se com e apoiar o governo a múltiplos níveis para a tomada de decisões e acções para assegurar a propriedade contínua de melhorias.
3. Explorar e definir objectivos partilhados em ASH, saúde e outros sectores.
4. Apoiar mecanismos e processos de desenvolvimento de capacidades para a mão-de-obra da saúde e do ASH e pessoal do governo.
5. Gerar e utilizar provas específicas do país e do contexto sobre o estado dos níveis de serviço e comportamentos de ASH no HCF.
6. Apoiar a concepção baseada em provas de ASH sustentável e resistente ao clima em serviços, comportamentos, e modelos de entrega e gestão de HCF.
7. Assegurar a coordenação multi sectorial entre as partes interessadas no domínio da saúde e ASH, através do governo, ministérios e outras partes interessadas.
8. Trabalhar com as comunidades para apoiar e reforçar mecanismos eficazes de feedback e responsabilização.
9. Adotar uma abordagem centrada nas pessoas ao ASH no HCF e abordar as barreiras à aceitação dos serviços de saúde a fim de manter uma abordagem centrada nas pessoas.
10. Apoiar todos os esforços com enfoque em abordagens equitativas, socialmente inclusivas e sensíveis às questões de género.
11. As ONG, a sociedade civil e os parceiros de ASH devem defender a nível local, sub-nacional e nacional a priorização, financiamento, prestação e manutenção dos serviços de ASH em todos os HCF.
12. Convocar revisões regulares do progresso dos esforços de reforço do sistema de saúde.

## A estrutura deste relatório

- Secção 1** Observa o nosso trabalho sobre ASH no HCF, destaca os desafios, descreve ASH and sistemas de saúde, e expõe a nossa Teoria da Mudança.
- Secção 2** Descreve as abordagens utilizadas para analisar e dirigir a acção para reforçar os sistemas necessários para um ASH sustentável e equitativo no HCF.
- Secção 3** Explora a nossa implementação localizada para aprendizagem, adaptação e dimensionamento.
- Secção 4** Apresenta estudos de caso para partilhar as nossas experiências de reforço dos sistemas de saúde para ASH em HCF de 11 países, incluindo provas de mudança e lições aprendidas.
- Secção 5** Consolida as nossas lições e faz recomendações para que ASH e partes interessadas na saúde apoiem o reforço do sistema e aumentem urgentemente o acesso a ASH sustentável em HCF.

# Introdução



● Fornecedor comunitário de cuidados de saúde (CHCP) Nahida Aktar está a dar comprimidos de ferro a Homaira, após ter verificado a sua tensão arterial na clínica comunitária Saharbaty, Gangni, Meherpur, Bangladesh. Outubro de 2019.



**Os sistemas de saúde em todo o mundo esforçam-se por fornecer serviços de qualidade, equitativos, que respondam e sejam resistentes à evolução das necessidades de saúde. No entanto, a realidade das restrições impostas aos sistemas de saúde inibe a sua capacidade de satisfazer ou adaptar-se a estas necessidades. Água, saneamento e higiene (ASH) nas instalações de saúde (HCF) - composto por cinco pilares: água, saneamento, higiene, limpeza ambiental e gestão de resíduos sanitários - é uma parte essencial dos sistemas de saúde. Para acelerar os ganhos em resultados de saúde e reduzir as desigualdades na saúde, os sistemas de saúde têm de ser adequados ao fim a que se destinam, centrados nas pessoas, informados sobre as provas, e resilientes às alterações climáticas, emergências e surtos.**

As HCF limpas, seguras e bem equipadas são fundamentais para a realização de vários Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); com o ODS 3 visando a boa saúde e bem-estar, e o ODS 6 centrado na água segura e saneamento para todos.

Para alcançar os SDGs e os objectivos de ASH e saúde, cada sector deve continuar a reconhecer a relação entre acesso a ASH, mudança de comportamento, IPC e saúde, e reforçar a colaboração intersectorial e os sistemas de saúde em busca da Cobertura Universal da Saúde (UHC) para um mundo mais justo e equitativo.

O acesso ao ASH está inexoravelmente ligado à saúde humana, igualdade e dignidade. Estes são claros incentivos e mandatos para que o ASH e os sectores da saúde trabalhem em conjunto. O sector de ASH não pode alcançar o seu objectivo de acesso universal e duradouro sem trabalhar com o sector da saúde e ASH nos intervenientes do HCF.<sup>1</sup> Do mesmo modo, o sector da saúde precisa de trabalhar com o sector de ASH, profissionais e organizações a fim de fornecer cuidados de saúde seguros, equitativos e de qualidade.

Tanto o sector da saúde como o sector de ASH têm objectivos comuns para alcançar e manter populações saudáveis e livres de doenças. No contexto do ASH no HCF, existe um objectivo final partilhado de melhorar a saúde, a qualidade dos cuidados e a equidade. Isto requer sistemas de saúde fortes que forneçam cuidados de saúde equitativos, acessíveis e de qualidade, incluindo serviços de ASH inclusivos e sustentáveis.

▼ Pacientes no Centro de Saúde de Kassená-Nankana, Gana. Outubro de 2018.



WaterAid/Guilhem Alandry



WaterAid/Apagnawen Amankra

1. As partes interessadas no ASH no HCF incluem ministérios, departamentos, agências, organizações não governamentais (ONG)/organizações da sociedade civil (OSC) e doadores que implementam ou financiam o ASH no HCF.

## 1.1 O desafio

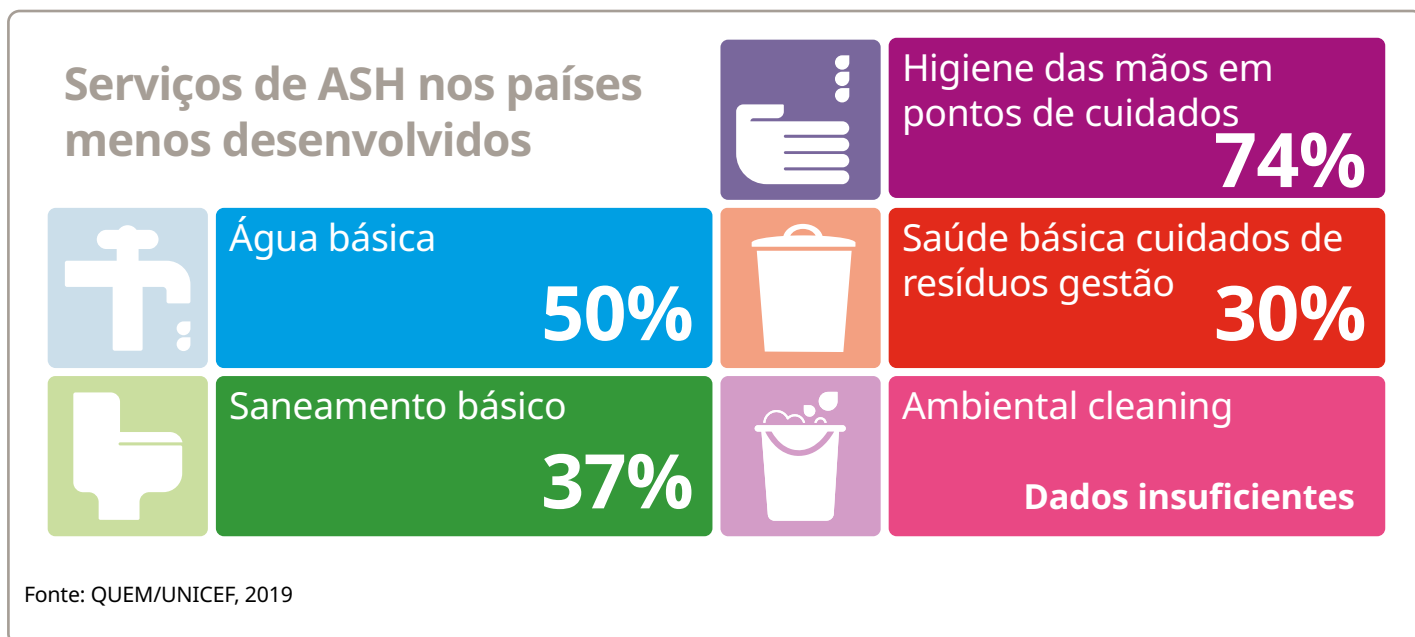
O ASH no HCF é a base para a prestação de cuidados de saúde seguros, equitativos e de qualidade, serviços e comportamentos ASH, e é vital para reduzir as infecções, abordar a resistência antimicrobiana (RAM) e salvar vidas. O termo "ASH em HCF" refere-se ao fornecimento de água, saneamento, higiene, cuidados de saúde, limpeza ambiental e serviços de gestão de resíduos de saúde (incluindo infra-estruturas e comportamentos) dentro do HCF a todos os níveis do sistema de saúde.<sup>2</sup> Cada um destes aspectos é necessário num HCF - mas também são interdependentes em mudanças que cruzam áreas mais amplas do sistema de saúde. Estes aspectos não podem ser melhorados ou sustentados sem uma acção de reforço do sistema a todos os níveis.

Apesar do papel crucial dos serviços de ASH na prestação de cuidados de saúde de qualidade e na facilitação do fornecimento essencial de prevenção e controlo de infecções (IPC) (Figura 2), muitos HCF em todo o mundo carecem destes serviços básicos. As estimativas globais mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF indicam lacunas significativas na cobertura, particularmente nos 47 Países Menos Desenvolvidos (PMD) (Figura 1).<sup>3</sup> Além

disso, uma grave falta de dados esconde toda a extensão do problema, particularmente em matéria de saneamento, resíduos sanitários e limpeza ambiental.<sup>3</sup> É provável que estas lacunas sejam ainda maiores ao considerar níveis de serviço mais elevados - tais como a gestão segura dos resíduos fecais e a qualidade da água - que são difíceis de estimar globalmente devido aos desafios associados às lacunas de dados.

A dinâmica sobre esta questão tem vindo a crescer há muitos anos, em parte impulsionada pelo primeiro relatório global sobre o estado do ASH no HCF, produzido pela OMS e pela UNICEF em 2015, que revelou uma situação alarmante. Desde então, novas parcerias e iniciativas - incluindo vários governos que defendem a questão, um apelo global à acção por parte do Secretário-Geral da ONU em 2018, o primeiro Grupo de Trabalho Global sobre ASH em HCF e o [lançamento de um 'Grupo de Amigos' da ONU em apoio a ASH em HCF](#) - têm vindo a aumentar constantemente a atenção e o foco. Em 2019, governos de todo o mundo concordaram unanimemente com uma nova resolução da AMS<sup>4</sup> sobre a questão, delineando áreas prioritárias de acção para governos, parceiros e a OMS.

Figura 1: ASH no estado de HCF em países menos desenvolvidos (2019)



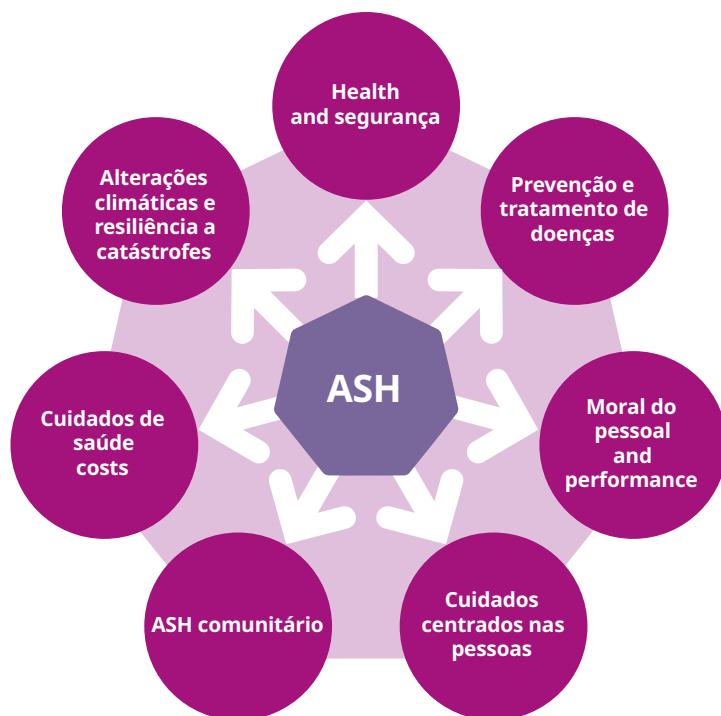
2. OMS (2018). *Questões centrais e indicadores para a monitorização do ASH nas instalações de cuidados de saúde nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789241514545](http://who.int/publications/i/item/9789241514545) (acedido a 11 Abr 2022).

3. OMS/UNICEF (2021). *Relatório de progresso global sobre ASH nas instalações de cuidados de saúde: Fundamentals first*. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789240017542](http://who.int/publications/i/item/9789240017542) (acedido a 6 Abr 2022).

4. Septuagésima-segunda Assembleia Mundial da Saúde (2019). *Água, saneamento e higiene nas instalações de cuidados de saúde*. Disponível em: [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-en.pdf) (acedido a 7 Mar 2022).

Figura 2. Os múltiplos benefícios do ASH sustentável e seguro em HCF (OMS/UNICEF)

## Os múltiplos benefícios do ASH sustentável e seguro em HCF



### Saúde e segurança

- Redução das infecções adquiridas pelos cuidados de saúde
- Redução da RMA
- Melhoria da saúde e segurança no trabalho

### Prevenção e tratamento de doenças

- Prevenção e controlo de surtos (por exemplo, cólera, Ébola)
- Prevenção e controlo de doenças diarreicas

### Moral e desempenho do pessoal

- Melhoria da satisfação e da capacidade de prestar cuidados seguros

### Cuidados centrados nas pessoas

- Aumento da aceitação dos serviços; por exemplo, nascimentos em instalações, vacinas

### ASH comunitário

- O pessoal de saúde tem um bom comportamento; melhores práticas de higiene em casa

### Custos dos cuidados de saúde

- Serviços mais eficientes
- Doenças/mortes evitadas

### Alterações climáticas e resiliência a catástrofes

- Instalações melhor preparadas para continuar a fornecer ASH em caso de catástrofes; eventos relacionados com o clima

Fonte: atualizado do Plano de Acção Global de Água, Saneamento e Higiene (ASH) em Instalações de Cuidados de Saúde

Na sequência da adopção da resolução, a OMS e a UNICEF divulgaram um relatório que esboça oito passos práticos (Figura 3) para alcançar e manter o acesso universal a cuidados de qualidade através de melhorias no ASH no HCF.<sup>5</sup> Estas medidas oferecem um roteiro para os países identificarem lacunas, estabelecerem prioridades e metas, estabelecer normas e melhorar e sustentar infra-estruturas. Estes passos foram desenvolvidos a partir da experiência e aprendizagem em mais de 50 países, e reflectem-se na resolução – fornecendo uma estrutura útil **e uma ferramenta de responsabilização** para ajudar os países a acompanhar o progresso<sup>6</sup> para atingir metas globais em ASH no HCF.

A pandemia de COVID-19 trouxe um enfoque renovado nos sistemas de saúde e no HCF, bem como destacou as lacunas e desigualdades a nível mundial. Tem sublinhado que os serviços e comportamentos de ASH no HCF são fundamentais para sistemas de saúde fortes e resilientes que possam prestar serviços de saúde de qualidade em tempos de crise.



5. OMS (2019). *ASH nas instalações de saúde: Medidas práticas para alcançar o acesso universal a cuidados de qualidade*. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789241515511](https://www.who.int/publications/i/item/9789241515511) (acedido a 8 Mar 2022).

6. OMS/UNICEF (2022). *ASH nas instalações de cuidados de saúde Rastreador de progresso*. Disponível em: [ASHinhc.org/country-progress-tracker/#country-progress-tracker](https://ashinhc.org/country-progress-tracker/#country-progress-tracker) (acedido a 8 Mar 2022).

Figura 3. Oito passos práticos para melhorar o ASH no HCF

## Os oito passos práticos da OMS



### 1.2 Sistemas de saúde inclusivos

O peso do ASH pobre no HCF recai desproporcionadamente sobre as mulheres e grupos que são marginalizados. As mulheres representam os principais utilizadores dos serviços de saúde e são frequentemente as principais prestadoras de cuidados aos membros da família. As mulheres também constituem cerca de 70% dos profissionais de saúde e de assistência social a nível mundial, e quase 90% da mão-de-obra de enfermagem e de parteiras.<sup>7</sup> Até um milhão de mães e recém-nascidos morrem todos os anos de infecções evitáveis ligadas a condições de parto não higiénicas. Infra-estruturas inadequadas de ASH e práticas de higiene deficientes no HCF também impedem as mulheres de procurar cuidados.<sup>7</sup>

Os serviços ASH que excluem as necessidades das mulheres e dos grupos marginalizados colocam-nas em risco de infecções e lesões associadas aos cuidados de saúde, comprometendo a sua dignidade enquanto utilizam os serviços e reduzindo a sua aceitação dos cuidados de saúde. Isto é especialmente verdade para as pessoas com condições de saúde subjacentes ou com baixa imunidade devido à idade ou ao estatuto de incapacidade. A melhoria das condições de ASH pode ajudar a estabelecer a confiança nos serviços de saúde e a melhorar os comportamentos de procura de saúde, tais como influenciar as mulheres grávidas a procurarem cuidados pré-natais e o parto nas instalações.<sup>8</sup>

▼ Tet andando pela rampa da casa de banho de fácil utilização recentemente instalada no centro de saúde de Thlork Vien, Chhouk Village, Camboja. Julho de 2020.



7. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J (2019). *Equidade de género na força de trabalho da saúde: análise de 104 países. Documento de trabalho da força de trabalho da saúde 1*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: [apps.who.int/iris/handle/10665/311314](https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314) (acedido a 7 Mar 2022).

8. Bouzid M, Cumming O, PR Hunter (2018). Qual é o impacto do saneamento e higiene da água nas instalações de cuidados de saúde sobre o comportamento e a satisfação dos doentes? Uma revisão sistemática das provas provenientes de países de baixos e médios rendimentos. *BMJ Global Health*. vol 3:e000648. Disponível em: [10.1136/bmjgh-2017-000648](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000648) (acedido a 23 de Março de 2022).

A campanha [What Women Want](#) liderada pela White Ribbon Alliance sondou mais de um milhão de mulheres em 114 países sobre as suas exigências em matéria de reprodução de qualidade e cuidados de saúde maternos. Descobriram que, após cuidados respeitosos e dignos, mais do que qualquer outra coisa, as mulheres querem cuidados limpos e acesso a ASH no HCF.

As necessidades de ASH de certos grupos - como pessoas com deficiência, idosos e crianças - são muitas vezes despriorizadas. Eles podem enfrentar barreiras ambientais, institucionais e sociais adicionais ao aceder aos serviços de ASH

no HCF, o que pode inibir seus comportamentos de busca de cuidados de saúde. Nosso aprendizado mostrou que também devemos nos concentrar na saúde, bem-estar, capacitação e segurança daqueles que desempenham papéis fundamentais para garantir que os padrões de ASH nos HCF sejam atendidos - por exemplo, aqueles que limpam o HCF, gerem e lidam com resíduos de saúde e trabalhadores de saneamento (▶ [ver estudos de caso Myanmar e Cambodja](#)).

Estes investimentos podem prevenir o estigma e a discriminação - assegurando que ninguém fica para trás.



▲ Juvita (direita) lavando as mãos de um cano de bambu caseiro de uma nascente de água de nascente num leito de rio seco. Aldeia de Vatuvou, zona pós-administrativa de Maubara, Liquiçá, Timor-Leste. Novembro de 2019.

## A luta dos grupos de mulheres pelo ASH rural e a saúde, Timor-Leste

A reputação do Grupo Feto Foin sae Timor-Leste (GFFTL) e o seu reconhecimento como grupo de mulheres líder em Timor-Leste foi uma combinação estratégica para a WaterAid. Os conhecimentos especializados da GFFTL aumentaram a capacidade da WaterAid de se envolver com as comunidades em questões ASH complexas e sensíveis ao género - levando a uma maior consciência dos benefícios de desafiar os papéis e relações de género, e aumentando a igualdade de género.

A WaterAid e a GFFTL realizaram workshops sobre igualdade de género, utilizando um [ASH e o manual de género](#), nas comunidades onde os projectos ASH estavam a ser entregues. Estes workshops ajudaram a aumentar a compreensão e o conhecimento das comunidades sobre a importância de ASH inclusivo em termos de género.

A WaterAid e a GFFTL identificaram as experiências das mulheres rurais de ASH como a sua prioridade para a advocacia junto dos governos municipais e nacionais. Uma abordagem chave da sua advocacia foi a de iluminar o desafio que as mulheres rurais enfrentam no acesso aos serviços de saúde devido à falta de ASH no HCF, e promover a liderança das mulheres para ASH no HCF. A GFFTL abordou estas questões com as partes interessadas, incluindo no congresso nacional de mulheres, com funcionários governamentais, e numa reunião com a Secretária de Estado para a Igualdade e Inclusão e a Bancada das Mulheres no Parlamento Nacional.

Após as reuniões e discussões, a GFFTL testemunhou que as barreiras ao acesso das mulheres ao HCF, incluindo o ASH, estavam na ordem do dia nos debates parlamentares nacionais e durante os preparativos do orçamento do Estado e do parlamento.



▲ José, Agustinha e Agustinha vivem numa comunidade onde as longas viagens para recolher água são uma realidade actual da vida quotidiana. Em Timor-Leste, os workshops sobre igualdade de género baseados na comunidade aumentaram a compreensão e o conhecimento sobre a importância de ASH com inclusão de género - ajudando a mudar a narrativa e a focar a advocacia nas experiências das mulheres de ASH.

► Tanques de água instalados no âmbito do projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), que é financiado pelo Fundo de Desenvolvimento Internacional do Governo Escocês. Centro de Saúde de Chikweo, Machinga, Malawi. Dezembro de 2021.



As comunidades e aqueles que trabalham na linha da frente são centrais para a concepção e acções para melhorar o ASH no HCF. A igualdade de género e a inclusão social devem ser integradas nos processos de tomada de decisão, orçamentação e planeamento do governo e dos parceiros de desenvolvimento para abordar as necessidades específicas das mulheres e das pessoas marginalizadas do ASH e dos cuidados de saúde.

### **Cuidados centrados nas pessoas**

Os sistemas de saúde não são entidades abstractas, eles existem através e para as pessoas. Os serviços de saúde centrados nas pessoas colocam os indivíduos e as comunidades no centro de tudo o que fazem - para fornecer serviços reactivos que são coordenados tanto dentro como fora do sector da saúde. Abordar os cuidados de saúde desta forma pode apoiar um melhor acesso aos cuidados, melhores resultados de saúde, propriedade da tomada de decisões em matéria de saúde, responsabilização por serviços duradouros, maior satisfação no trabalho, e maior eficiência e custo dos serviços. Os cuidados centrados nas pessoas também garantem a disponibilidade de serviços onde as pessoas necessitam deles; reforça as ligações entre as pessoas e os serviços de saúde para apoiar as suas necessidades individuais e as necessidades das comunidades onde vivem.

É essencial respeitar e capacitar as pessoas dentro dos sistemas de saúde - aqueles que neles trabalham, aqueles que tomam decisões que influenciam a natureza e qualidade dos serviços prestados, e aqueles que dependem dos serviços para a sua saúde e bem-estar. A falta de ligações entre os utilizadores dos serviços, os prestadores de serviços e os decisores, pode dificultar a eficácia na tomada de decisões. Em última análise, isto pode impedir a capacidade do sistema de assegurar que o HCF tenha serviços e comportamentos ASH sustentáveis e seguros para satisfazer as diversas necessidades do pessoal, dos pacientes e dos seus prestadores de cuidados.

### **1.3. Abordagem de sistemas**

O progresso para melhorar e sustentar o ASH no HCF não será possível sem considerar o sistema de saúde como um todo. Para o fazer, os sistemas de saúde e ASH são tipicamente divididos em componentes mais manejáveis ou 'blocos de construção' (Figura 4). O 'sistema' em si é todos os actores (pessoas e instituições), factores (socioculturais, económicos, políticos, ambientais, tecnológicos) e as interacções entre them que influenciam a realização de ASH sustentável e seguro no HCF.

Embora muitos agentes de saúde possam não estar familiarizados com os blocos de construção do sistema ASH e vice-versa para os agentes de ASH e os blocos de construção do sistema de saúde, ambos os conjuntos são largamente complementares e ambos os sectores reconhecem a importância de seguir uma abordagem sistémica.

Para reforçar o ASH no HCF, os componentes do sistema ASH têm de ser adoptados e integrados nos blocos de construção da saúde system, que incluem liderança/governança, financiamento, acesso a medicamentos essenciais, mão-de-obra da saúde, sistemas de informação sanitária e prestação de serviços. Enquanto os blocos de construção ajudam a compreender e reforçar ASH e os sistemas de saúde, devem ser feitos esforços para compreender os actores dentro do sistema, e como cada bloco de construção interage com e influencia a função de outro.

As barreiras ao ASH inclusivo e sustentável no HCF existem a múltiplos níveis, pelo que são necessários esforços de reforço do sistema a nível distrital, sub nacional e nacional para acender e sustentar a mudança a nível do HCF.

Figura 4. Componentes interactivos de um sistema (tanto ASH como saúde)

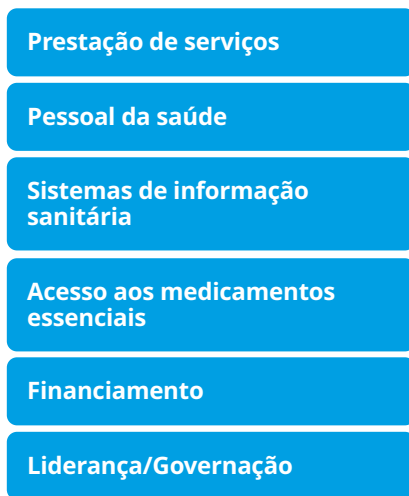
## Componentes interactivos de um sistema

### Sistema ASH



### Sistema de saúde

#### Blocos de construção do sistema

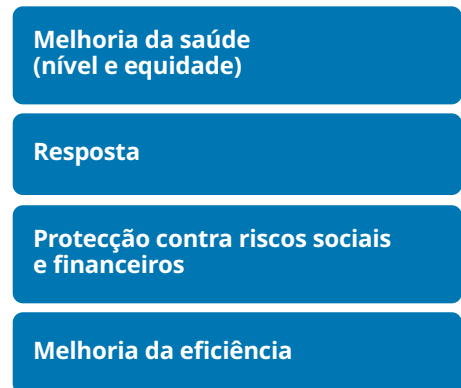


**Cobertura de acesso**



**Segurança de qualidade**

#### Objectivos/resultados globais



**Os seis pilares de um sistema de saúde: objectivos e atributos desejáveis**

# 2

## Abordagens e lições

● Tigelana Fidah, Oficial Superior de Enfermagem, lavando as mãos num lavatório instalado no novo bloco sanitário da maternidade, Ndejje Health Centre IV, Município de Makindye Ssabagabo, Uganda. Maio de 2020.





## 2.1 Princípios de aplicação de sistemas de reforço na prática

Compreendemos que o progresso no ASH na entrega de HCF requer a consideração do sistema como um todo, tal como descrito na Secção 1.

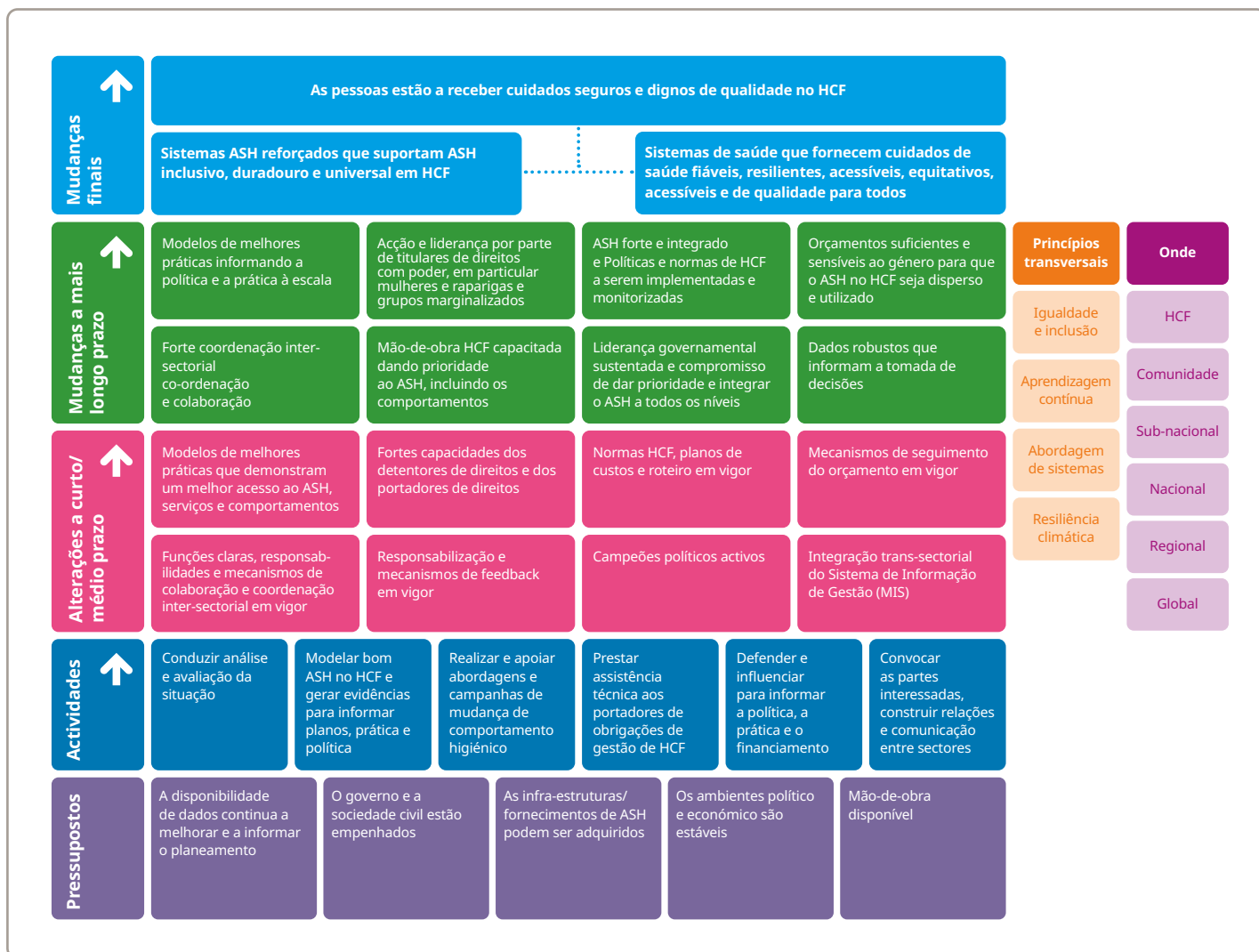
O nosso trabalho, juntamente com os nossos parceiros, sobre ASH em HCF conduziu o nosso pensamento em torno de caminhos e abordagens eficazes para a mudança - e continuamos a aprender e a desenvolver a nossa compreensão disto em diferentes contextos. Com base na nossa aprendizagem até à data, para ver e sustentar frontline mudança de serviço, precisamos de trabalhar em todo o sistema de acordo com a nossa Teoria da Mudança (Figura 5).

**Figura 5. Teoria da Mudança**

A nossa Teoria da Mudança incorpora o sistema 'blocos de construção' e os oito passos práticos da OMS para definir como pensamos que a mudança acontece no HCF para ASH. Nós **analisamos as barreiras existentes no sistema**<sup>9</sup> em cada contexto, e procuramos compreender os caminhos e oportunidades para melhorar e sustentar o ASH no HCF.

Trabalhamos com os nossos parceiros para nos envolvermos com as partes interessadas relevantes e ajudá-los a compreender que caminhos e oportunidades podem catalisar mudanças em outras partes do sistema.

O reforço do sistema para melhorar o ASH no HCF envolve trabalhar a vários níveis e empregar uma série de táticas.



9. OMS/UNICEF tem também um recurso útil para compreender as barreiras à qualidade dos cuidados. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789240022577](http://who.int/publications/i/item/9789240022577). Temos também ferramentas úteis para ajudar a compreender e navegar nas barreiras ao ASH: [Conjunto de ferramentas de Análise de Economia Política, ASH em Instalações de Cuidados de Saúde no Camboja](#), [Compreender e abordar a igualdade, não discriminação e inclusão no trabalho de água, saneamento e higiene \(ASH\)](#), e o nosso [Quadro de higiene](#).

Estes incluem:

- análise, investigação e aprendizagem;
- implementação localizada do serviço ASH e a mudança de comportamento entrega para mudança em escala (ver Secção 3);
- custos e apoio técnico;
- apoio ao desenvolvimento de capacidades;
- advocacia e influência.

## 2.2 Quais são os papéis do sector da saúde e do ASH?

Os ministérios da saúde têm o dever último de fornecer cuidados seguros, equitativos e de qualidade, mas isto não pode ser conseguido sem ASH. Embora os ministérios da saúde sejam os mordomos de ASH no HCF, a responsabilidade de enfrentar barreiras para conseguir ASH muitas vezes está fora do seu mandato directo. Para progredir, todos os intervenientes relevantes terão de desenvolver uma visão partilhada para ASH em HCF. Precisarão de identificar que barreiras catalisariam mudanças noutras partes do sistema, e que iniciativas já estão em curso para as abordar, a fim de evitar a duplicação de esforços.

Para que o reforço eficaz do sistema aconteça, é necessário que seja multi-sectorial, consciente da complexidade e com uma clara apropriação e responsabilização pelas acções.

Os ministérios da saúde são responsáveis por se envolver com os actores do ASH para recorrer a conhecimentos especializados, mão-de-obra e sistemas ASH. É dever do ministério da saúde desenvolver normas nacionais, políticas, procedimentos operacionais normalizados (PON), acreditação, mecanismos de responsabilização, monitorização, estimativa de recursos e financiamento, estabelecer metas e roteiros nacionais, e coordenar parceiros para que todos trabalhem para um objectivo comum, utilizando as mesmas ferramentas e indicadores.

Os actores de ASH que procuram melhorar o ASH no HCF devem considerar os elementos necessários para o reforço do ASH e do sistema de saúde e apoiar mecanismos de coordenação, com uma clara divisão de responsabilidades e perspectivas adicionais de ASH e conhecimentos técnicos especializados.

A perícia e perspectiva de ASH vai para além da concepção e construção ou de reabilitação de infraestruturas, atravessa questões de mudança de comportamento, capacidade dos profissionais de saúde, qualidade da água, operação e manutenção (O&M) dos serviços de ASH, integração de ASH e IPC, género e inclusão social, e a inclusão de ASH nos sistemas de monitorização e informação sanitária.




► A Dra. Smita Singh (segunda da direita) trata os seus pacientes num centro de saúde comunitário. Ela traz a sua própria garrafa de água de sua casa, como precaução. Uttar Pradesh, Índia. Junho de 2021.



WaterAid/Anindito Mukherjee



● Ritik Chavariya trata da recolha de resíduos médicos no Centro Comunitário de Saúde no Distrito de Sehor Madhya Pradesh, Índia. Setembro de 2018.



## Destaque para a implementação localizada para a aprendizagem, adaptação e escala

● Sokha lavou as suas mãos no Centro de Saúde Thlork Vien, onde a WaterAid introduziu a ferramenta ASH FIT para melhorar a água e o saneamento. Província de Kampong Chhang, Camboja. Julho de 2020.

### 3.1 Desenvolvimento de um ASH localizado na intervenção do HCF

Uma forma de reforçar o sistema, e um aspecto central do nosso trabalho, é modelar ASH em serviços e comportamentos de HCF num determinado número de HCF usando o pensamento sistémico. O objectivo é que a intervenção localizada seja adaptada através de contextos e dimensionada, à medida que os sistemas são reforçados para apoiar melhores serviços. Apoiamos os governos a demonstrar serviços e processos inclusivos e sustentáveis, e depois temos as ferramentas para escalar desde o distrito vizinho até ao nível nacional.

A modelização do ASH no HCF vai além das infra-estruturas, melhoria das instalações e mudança de comportamento higiénico. Precisamos também de olhar para todo o sistema para demonstrar serviços, monitorização, O&M, reforçar o planeamento e orçamentação, formação e investigação formativa que leva a uma forte mudança de comportamento - programas e procedimentos focalizados e inclusivos. O ASH sustentável no HCF é interdependente das mudanças em múltiplos blocos de construção do sistema.

#### Assegurar a liderança governamental desde o início:

Para assegurar que os governos se mantenham na liderança de ASH no HCF, trabalhamos em conjunto para compreender as suas prioridades, pontos fortes e limitações. Depois desenvolvemos em conjunto planos de acção nacionais e locais para colmatar as lacunas em instalações específicas ou no âmbito dos sistemas locais, regionais e nacionais que apoiam essas instalações. A liderança governamental é vital para a implementação de intervenções à escala.

**Análise contextual:** Trabalhamos com governos locais e nacionais, actores de saúde e ASH, parceiros e comunidades para entender as barreiras para o ASH inclusivo e sustentável no HCF. Começamos com uma análise do sistema, incluindo pesquisa formativa, que é usada para identificar os factores abrangentes para os maus serviços de ASH e comportamentos de higiene - como lacunas na liderança, dinâmica de poder, monitorização, orçamentos, gestão, recursos humanos e comportamentos

individuais. A análise do sistema também é usada no nível da instalação para identificar a gestão, os determinantes ambientais e os comportamentos das pessoas. Também usamos ferramentas, como as da OMS/UNICEF ferramenta de gestão baseada em risco, para melhorar as avaliações e o planeamento de ASH nas instalações (**ASH FIT**).<sup>10</sup> Essas análises permitem um foco direccionado em desafios específicos do contexto.

**Papéis e responsabilidades claros:** Papéis e responsabilidades claros com todos os intervenientes - incluindo governos, ONG, OSC, sector privado, trabalhadores da saúde e comunidades - são essenciais para o sucesso do ASH localizado na intervenção do HCF. A criação de oportunidades de consulta e envolvimento com representantes de grupos que são frequentemente marginalizados ou excluídos da formação activa dos serviços de saúde e ASH é fundamental - tais como organizações de direitos das mulheres e organizações para pessoas com deficiências, grupos de doentes, grupos de parteiras - e deve ser integrada ao longo de todo o processo.

A nível das instalações, trabalhamos para integrar as estruturas e comités existentes (por exemplo, ASH, IPC, gestão de resíduos, comités de saúde ambiental, etc.). ▶ [Ver o estudo de caso do Bangladesh para detalhes sobre como trabalharam para reforçar os comités, grupos e estruturas de clínicas comunitárias existentes para melhorar o ASH nas clínicas comunitárias.](#)  
**Construção da intervenção:** Cada intervenção

▶ Uma casa de banho acessível na Clínica Comunitária Noapara. Em Gangni, Meherpur, Bangladesh. Outubro de 2019.



WaterAid/Farzana Hossen



10. OMS/UNICEF tem também um recurso útil para compreender as barreiras à qualidade dos cuidados. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789240022577](http://who.int/publications/i/item/9789240022577). Temos também ferramentas úteis para ajudar a compreender e navegar nas barreiras ao ASH: [Conjunto de ferramentas de Análise de Economia Política](#), [ASH em Instalações de Cuidados de Saúde no Camboja](#), [Compreender e abordar a igualdade, não discriminação e inclusão no trabalho de água, saneamento e higiene \(ASH\)](#), e o nosso [Quadro de higiene](#).

terá um aspecto diferente, dependendo do contexto. Na nossa experiência, há várias áreas comuns a serem abordadas quando se trabalha em ASH no HCF:

- **Adaptar soluções para as lacunas em diferentes contextos.**
  - ▶ Ver o estudo de caso da Índia para detalhes sobre a forma como responderam a emergências.
- **Apoiar uma gestão e processos fortes, com coordenação entre departamentos a nível das instalações.**
- **Assegurar que os serviços ASH são inclusivos e se adaptam aos requisitos de todos os utilizadores e pessoal.**
  - ▶ Ver o estudo de caso da Zâmbia para detalhes sobre como trabalharam para assegurar infra-estruturas de fácil utilização.
- **Assegurar que os processos de orçamentação de qualidade são in place.**
  - ▶ Ver o estudo de caso do Uganda para detalhes sobre como trabalharam para aumentar a afectação orçamental para o HCF.
- **Integrar o IPC e o ASH.** A importância de trabalhar em conjunto com os colegas IPC e ASH, peritos e pontos focais em HCF. Cada vez mais, os países procuram IPC cursos de actualização, integração ASH and maior coordenação entre as partes interessadas que trabalham no IPC e ASH. É importante também ligar ASH e IPC no âmbito da força de trabalho mais ampla da saúde, saúde infantil/materna e emergências de saúde para impulsionar a liderança e os recursos.

- **Desenvolver abordagens baseadas em provas e centradas no comportamento para implementar mudanças de comportamento higiénico.** As intervenções de mudança comportamental são específicas do contexto, com intervenções envolventes de mudança comportamental concebidas através de um processo criativo baseado em provas geradas através de investigação formativa. As intervenções centram-se na mudança de comportamentos em vez de melhorar o conhecimento.
  - ▶ Ver o estudo de caso do Camboja para ver como trabalharam em parceria com a London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) e o National Institute of Public Health (NIPH) para melhorar os comportamentos de higiene ao longo da continuidade dos cuidados às mães e aos recém-nascidos.
- **Colocar lacunas e convocar a coordenação e a acção intersectorial.**
  - ▶ Ver o estudo de caso do Mali para detalhes sobre como trabalharam numa parceria intersectorial e multi-sectorial para melhorar o ASH na prestação de serviços de HCF.
- **Maior colaboração entre colegas do IPC e do ASH,** peritos e pontos focais no HCF. Formação em IPC e ASH. A integração do IPC e ASH também no âmbito de uma força de trabalho de saúde mais ampla, saúde infantil/materna e emergências de saúde para impulsionar a liderança e os recursos.

▶ Susan Magoma, entregando o seu recém-nascido à sua filha primogénita Rebecca, que tem estado a cuidar dela enquanto esteve no hospital, Nyamalimbe Dispensary, Distrito de Geita, Tanzânia. Junho de 2019.





◀ Ddungu Annet, Enfermeira, na ala do parto, lavando as mãos antes de examinar uma mãe grávida, Centro de Saúde III de Nabweru, Município de Nansana, Uganda. Maio de 2020.

- **Capacitar e envolver os membros da comunidade para prestar contas aos portadores de obrigações.**
  - ▶ Ver estudos de caso da Tanzânia e do Malawi para detalhes sobre como se mobilizaram e se envolveram com membros da comunidade.
- **Monitorizar os serviços de ASH e integrá-los nos sistemas de informação sanitária.**
  - ▶ Ver o estudo de caso do Gana para detalhes sobre como os membros da comunidade e os detentores de direitos são incorporados nos sistemas nacionais de monitorização através de ferramentas como os cartões de pontuação da comunidade.
- **Apoiar o desenvolvimento da capacidade do governo e da força de trabalho dos cuidados de saúde, incluindo trabalhadores do sector da saúde, pontos focais de ASH e IPC, trabalhadores da limpeza e do saneamento, para reforçar a capacidade de ASH no HCF.**
  - ▶ Ver o estudo de caso de Myanmar para detalhes sobre como reforçaram a capacidade dos trabalhadores da saúde e dos serviços de limpeza através do programa 'TEACH CLEAN'.
  - ▶ Ver o estudo de caso do Gana para detalhes sobre a forma como conduziram a formação em torno dos custos de ASH em HCF.

### Levar o modelo à escala

Trabalhar com e ter a adesão dos governos desde o início de qualquer trabalho de ASH no HCF irá garantir que alavancamos as operações do sistema de saúde existente para incluir ASH e reforçar os processos existentes para que possa ser levado à escala.

Trabalhar em múltiplos ministérios e actores is também é importante para compreender o que é necessário para fornecer e manter o ASH no HCF em escala.

A inclusão da investigação e da aprendizagem nos nossos programas é crucial para melhorar o nosso trabalho e apresentar a oportunidade de influenciar com base em provas.

- ▶ Ver o estudo de caso da Índia para um exemplo de aplicação dos sistemas globais a pensar no nosso trabalho.
- ▶ Ver o estudo de caso do Nepal para mais pormenores sobre como a equipa influenciou o desenvolvimento de normas nacionais sobre ASH no HCF.

## 4 Estudos de casos de países

● Beatrice Lana, Assistente Médica Sênior, é agora capaz de lavar as mãos antes de tratar pacientes. As novas instalações de lavagem das mãos fizeram com que os casos de sepsis no centro tivessem caído. Centro de Saúde Katimbila, Nkhotakota, Malawi. Abril de 2019.





# Bangladeche

## Modelação de ASH em clínicas comunitárias



### Contexto

Em 1996, o Bangladesh estava bem atrás do seu objectivo de alcançar a saúde para todos até 2000. Para colmatar essas lacunas, o Governo do Bangladesh (GoB) criou clínicas comunitárias (CCs), centros de saúde de uma paragem (HCs) para cada 6.000 pessoas em todo o país. Os CC visavam satisfazer necessidades de saúde comunitárias - tais como planeamento familiar, serviços de nutrição, cuidados infantis, cuidados pré e pós-natais em geral, medicamentos básicos gratuitos, cuidados primários e encaminhamento - sob o mesmo tecto e a uma distância de meia hora a pé das suas casas, mesmo em áreas remotas.

Os CC estão situados ao nível da ala (a mais pequena unidade administrativa do governo local no Bangladesh) sob a Union Parishad (nível mais baixo do governo local), e são geridos por Grupos Comunitários (GC) e Grupos de Apoio Comunitário (GCA), com representação das comunidades locais e Instituições do Governo Local (IGL). Os CC são uma iniciativa única de Parceria Público-Privada no Bangladesh, onde a comunidade fornece a terra, o governo constrói as infra-estruturas, fornece medicamentos e custos operacionais, e a comunidade local gere-a numa base voluntária.

▼ Banoara a receber medicamentos da CHCP Shongita Parvin na clínica comunitária de Noapara. Noapara Gangni, Meherpur, Bangladesh. Outubro de 2019.



### Barreiras

As barreiras ao progresso no ASH no HCF were devido a várias razões:

- **Falta de clareza sobre os papéis e responsabilidades do ASH nos CCs.** Embora os GC fossem responsáveis pela gestão global dos CC, em muitos casos, os papéis e responsabilidades não eram claros nem mesmo para o governo local. Além disso, os GC e os GC a nível local não estavam frequentemente organizados ou não estavam adequadamente informados, levando a uma participação limitada dos GC.
- **Questões em torno de O&M resultaram num absence de, ou de má qualidade, ASH facilities** bem como outros aspectos da infra-estrutura CC (tais como telhados). Isto foi em parte causado por uma falta de afectação orçamental para O&M e exacerbado por desafios ambientais como o arsénico no abastecimento de água, inundações ou salinidade.  
O mau estado das infra-estruturas não inspirou a comunidade a procurar serviços nem motivou os prestadores de serviços (especialmente as mulheres profissionais de saúde) a prestarem cuidados de saúde.
- **O afastamento e um fornecimento inadequado of de medicamentos** para a população significava que o funcionamento dos CC era irregular.
- **A capacidade inadequada dos IGL** sobre como gerir e monitorizar o ASH nos CC, juntamente com a falta de responsabilização pela atribuição do orçamento, levou por vezes à duplicação de fundos.
- **A advocacia** foi necessária para apoiar o departamento de engenharia da saúde (HED) e financiar os melhoramentos do CC.
- **O crescimento demográfico significou que os CCs foram esmagados.** Cada CC foi construído para servir 6000 pessoas, contudo, na realidade, as clínicas serviram mais do que isso.

## Abordagem

WaterAid Bangladesh começou a trabalhar em ASH no HCF em 2016, depois de o Ministério da Saúde do Bangladesh (MoH) ter realizado um inquérito - com support da WaterAid Bangladesh, UNICEF and a OMS - que revelou a falta de ASH nos CC a nível nacional. A WaterAid Bangladesh realizou melhorias modeladas nos CCs em dois distritos, Tahirpur upazila (subdistrito) do distrito de Sunamganj e em Meherpur sadar upazila do distrito de Meherpur, trabalhando com parceiros de desenvolvimento, a direcção local da saúde e uma direcção do departamento de saúde.

Em 2017, a WaterAid Bangladesh, juntamente com o parceiro local SKS Foundation, facilitou o desenvolvimento da capacidade e das competências tanto dos GC como dos responsáveis pelos CC. A formação para os GC cobriu funções e responsabilidades, gestão financeira básica, relatórios e organização de reuniões mensais. A formação de portadores de obrigações para a instituição governamental local cobriu funções e responsabilidades, e a atribuição de fundos do governo nacional e local para O&M. A WaterAid trabalhou com ambos os níveis de governo para defender a atribuição de fundos para a O&M.

WaterAid Bangladesh criou um modelo a nível de CC para que o governo pudesse replicar isto em todos os CC para ter um impacto significativo. Para ajudar a aumentar a escala, foram desenvolvidas pela WaterAid Bangladesh directrizes ASH para os PCA e endossadas pelo GoB.

## Evidência de mudança

As provas são convincentes, com o fluxo médio de pacientes que visitam os CC nos distritos da intervenção a aumentar 30%.<sup>11</sup> Anteriormente, a comunidade não tinha clareza sobre o mandato dos CC e, em vez disso, viajava, a seu próprio custo, para os centros de saúde dos distritos para procurar cuidados. Após a intervenção, os PCC foram mais populares e contribuíram para os serviços de saúde globais da comunidade - melhorando ainda mais a confiança das partes interessadas. Observou-se que o prestador de serviços e o CHCP tinham mais probabilidades de permanecer nos PCC durante todo o seu horário de trabalho. Anteriormente, os prestadores eram obrigados a abandonar a clínica se precisassem de beber água ou visitar a casa de banho.

Uma auditoria de acessibilidade levou à introdução de instalações de ASH inclusivas. As intervenções acima descritas contribuíram para cerca de 300 mulheres que deram à luz nos CC nos últimos três anos, em comparação com nenhuma antes, como sugerido pelos dados registados pelo HCF.

Através do reforço das capacidades nos distritos, os GC foram autorizados a começar a monitorizar o calendário de trabalho, a qualidade do serviço, o desembolso de medicamentos, o fluxo de pacientes, a governação, as questões de infra-estruturas e reparação, as reuniões mensais, e a participação da comunidade. O GoB adoptou o modelo e incorporou-o nos seus projectos CC actualizados ou novos.



► Enfermeiros que trabalham no Complexo Sanitário Fulchari, Gaibanda, Bangladesh. 10 de Março de 2022.



11. WaterAid Índia (2020). *Responsabilidade Social e Reforço do Sistema para a água, saneamento e higiene no Sul da Ásia*. Disponível em: [wateraidindia.in/publications/social-accountability-and-system-strengthening-for-water-sanitation-and-hygiene-in](http://wateraidindia.in/publications/social-accountability-and-system-strengthening-for-water-sanitation-and-hygiene-in) (acedido a 8 Mar 2022).



WaterAid/Farzana Hossen

- ▲ Nahida Aktar trabalha na CC Saharhati CC como CHCP. Gangni, Meherpur, Bangladesh. 2019.
- ▶ Nahida Aktar está a medir a tensão arterial de Sabina Khatun no Saharhati CC, Gangni, Meherpur, Bangladesh. 2019.



WaterAid/Farzana Hossen

## Lições chave

- A chave do sucesso é trabalhar a todos os níveis do sistema de saúde. A WaterAid Bangladesh começou no nível primário e depois passou para os níveis secundário e distrital.
- A coordenação e contribuição de todos os intervenientes relevantes reforça a responsabilização e a apropriação entre os principais intervenientes. O reforço das capacidades tanto das comunidades como dos detentores de obrigações ajuda à coordenação global.
- O ASH é frequentemente negligenciado, pelo que é vital trazê-lo à atenção de outros serviços, tais como os cuidados maternos e os cuidados com as pessoas idosas.
- É importante compreender todos os componentes do sistema e como eles funcionam.
- Ao trabalhar com os CC, a comunidade em geral precisa de estar envolvida para compreender as suas funções e responsabilidades. Na sequência da formação e apoio da WaterAid Bangladesh, a comunidade mobilizou fundos e ajudou a monitorizar o projecto.

## Conclusões e recomendações

Para que os CC com serviços ASH funcionais sejam bem sucedidos, precisamos de envolver as comunidades e as IGL desde o início.

A coordenação e contribuição de todos os intervenientes relevantes ajudou a reforçar a responsabilização e a apropriação entre os principais actores. O reforço das capacidades em ambos os extremos - reforço das comunidades e dos portadores de obrigações - ajudou na coordenação global.

As melhorias do ASH permitiram que os outros aspectos do CC funcionassem correctamente, incluindo a monitorização e a elaboração de relatórios - o que melhorou a responsabilização dos CC. Por exemplo, todos os CHCPs receberam um portátil do governo e por isso os relatórios estão agora online, o que levou a uma melhor comunicação e transparência.

Por fim, tornar a informação pública e aumentar a transparência regarding service os resultados e os stocks de medicamentos ajudaram a criar confiança nos CCs em geral.



# Camboja

## Gênero e ASH inclusivo no HCF



### Contexto

Em 2016, o NIPH no Camboja realizou uma avaliação em 117 HCF em cinco províncias. Cerca de 39% dos HCF inquiridos tiveram acesso a saneamento limitado - definido pelo NIPH como "tendo pelo menos três sanitários melhorados e utilizáveis". No entanto, estes sanitários não satisfaziam as necessidades das pessoas que são frequentemente marginalizadas do ASH.

O inquérito também revelou que apenas 15% do HCF tinha acesso à higiene básica das mãos no ponto de care, conforme definido pelo Cambodian Standard (uma estação funcional de higiene das mãos disponível na área de ambulatório, sala de partos, e dentro de 5m of WC).

O inquérito salientou que a infra-estrutura e os serviços de ASH no HCF eram inadequados e não satisfaziam os requisitos de acessibilidade. Por exemplo, as instalações sanitárias eram, na sua maioria, sanitários de agachamento com cubículos e caminhos estreitos, apenas acessíveis por escadas.

Na sequência da avaliação em 2016, foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde uma **directriz** para ASH em HCF, a fim de impor requisitos para que o HCF seja acessível a todos os utilizadores, incluindo mulheres grávidas e pessoas com deficiência. Apesar da inclusão nas directrizes de uma abordagem de fácil utilização e centrada nas pessoas, a implementação continua a ser um desafio.

### Barreiras

Nas directrizes nacionais do ASH em HCF, o resumo do edifício para HCF declarou que cada instalação deveria ter três sanitários melhorados, incluindo um para mulheres com instalações de higiene menstrual e um para pessoas com mobilidade limitada. Apesar destas directrizes, continuam a existir barreiras significativas para alcançar ASH inclusivo e equitativo em HCF:

- **Falta de orçamento para melhorias no ASH inclusivo e equitativo infrastructure.** Os orçamentos atribuídos ao HCF são muitas vezes priorizados para outras necessidades nas instalações, tais como os fornecimentos de ASH (sabão, materiais de higiene das mãos) e para pequenas manutenções. Isto significa que o HCF não pode alcançar os padrões básicos requeridos para ASH em HCF.
- **Falta de processos de gestão O&M eficazes.** Os profissionais de saúde/directores de instalações de saúde reconhecem a importância da gestão de O&M e o papel do pessoal de limpeza e manutenção, contudo com um orçamento já limitado de HCF, O&M não é muitas vezes priorizado. Sem um O&M eficaz, a sustentabilidade das infra-estruturas e serviços de ASH está em risco. O programa de monitorização e avaliação (M&E) realizado pelo Ministério da Saúde, denominado

Melhoria da Qualidade (QI), centra-se na monitorização da qualidade dos serviços de HCF, o que inclui a gestão, IPC, gestão de medicamentos, sistema de informação sanitária, etc. No entanto, a pontuação no indicador de lavagem é de apenas 15% como parte do IPC. Não há qualquer componente sobre melhorias nos serviços de lavagem. Cada HCF é deixado por sua conta para o fazer, mas muitas vezes têm capacidade ou fundos limitados para o fazer bem.

- **A falta de infra-estruturas de saneamento e lavagem das mãos funcionais e acessíveis** foi a barreira mais comum enfrentada pelas comunidades, especialmente mulheres grávidas, crianças, idosos e pessoas com deficiência. Apesar de algum orçamento para instalações de higiene das mãos, falta o O&M necessário para manter estas instalações acessíveis e funcionais.

## Barreiras (continuação)

- **Normas e papéis de género existentes impact sobre igualdade de género e inclusão.** Por exemplo, as mulheres não podem fazer cumprir práticas higiénicas entre os membros da família em casa. Além disso, a informação sobre higiene das mãos no HCF dirige-se às mulheres, que se presume serem as únicas a prestar cuidados primários, e ignora os homens e outros prestadores de cuidados na família. Com ASH adequado no HCF, os profissionais de saúde podem quebrar as barreiras sociais que limitam a responsabilidade dos homens e de outros prestadores de cuidados de saúde em mudar as práticas de higiene das mãos, uma vez que a saúde das crianças não é apenas da responsabilidade das mulheres que prestam cuidados.

## Abordagem

A WaterAid Camboja tem liderado duas iniciativas para enfrentar estes desafios. Em primeiro lugar, no apoio aos principais decisores políticos, especialmente o Ministério da Saúde, para desenvolver e incluir a Igualdade de Género e Inclusão Social (GESI) nas directrizes nacionais sobre ASH no HCF. Além disso, para assegurar um padrão mínimo para infra-estruturas de ASH acessíveis, a WaterAid Camboja formou uma colaboração com a Humanidade e Inclusão (HI) para co-desenvolver um modelo de concepção técnica para instalações de ASH de fácil utilização e inclusivas no HCF. Por exemplo, infra-estruturas de ASH acessíveis que incluem instalações de higiene menstrual, sanitários separados para diferentes sexos, e padrões de acessibilidade para pessoas com mobilidade limitada.

A WaterAid Camboja também tem vindo a facilitar outra iniciativa - Mudança de Higiene em torno das Prioridades Maternais (CHAMP) - para abordar os papéis de género na prestação de cuidados maternos e neonatais. Este projecto está em parceria, apoiado pelo governo Australiano, e entregue com o LSHTM e o NIPH para melhorar os comportamentos de higiene ao longo da continuidade dos cuidados, para mães e recém-nascidos, ao mesmo tempo que melhora o controlo das mulheres sobre a sua própria saúde. O projecto incluiu análise do contexto e investigação formativa orientada por uma abordagem de Design Centrado no Comportamento para compreender os determinantes comportamentais com o contexto específico e para ajudar a conceber a intervenção.<sup>12</sup>

## Evidência de mudança

Desde o início da intervenção em 2018, a concepção técnica do ASH acessível em HCF foi implementada em 12 HCF, dos quais cinco atribuíram o seu orçamento para fornecer serviços ASH acessíveis aos utilizadores.

Com o apoio técnico e financeiro da WaterAid, em colaboração com a HI, o Ministério da Saúde desenvolveu e distribuiu fichas de acessibilidade à HCF a nível nacional para assegurar o alinhamento com as normas nacionais. Os profissionais de saúde a nível sub-nacional melhoraram o conhecimento e a compreensão do ASH acessível no HCF e a importância de instalações de ASH de fácil utilização para todos.

Os resultados preliminares da iniciativa CHAMP indicaram que uma intervenção baseada em instalações teve um impacto potencial na melhoria das práticas de higiene das mãos entre as parteiras e outros prestadores de cuidados durante o parto e nos cuidados pós-natais precoces num ambiente com HCF.<sup>13</sup>

## Lições chave

- **Capacitação e participação dos utilizadores finais.** O envolvimento de Organizações de Pessoas com Deficiência (OPD), utilizadores finais e aqueles que poderiam ser deixados para trás na fase de concepção do projecto é essencial para compreender melhor as necessidades daqueles que enfrentam desafios no acesso a ASH de qualidade e a serviços de saúde. Além disso, o conhecimento e a compreensão dos profissionais de saúde sobre a inclusão precisam de ser reforçados.
- **Compreender as prioridades do ASH e a integração no sistema de saúde.** Para que qualquer instrumento acessível de intervenção de melhoria do ASH seja eficaz, não deve representar uma carga administrativa elevada, e deve ser integrado nos programas existentes, e não como uma intervenção autónoma de ASH. Por exemplo, para integrar o GESI considerations em ASH no HCF é necessário que o ASH e os actores da saúde trabalhem em conjunto. Os actores de ASH podem fornecer a capacidade técnica para apoiar os profissionais de saúde a progredir em ASH no HCF, trabalhando em conjunto para integrar o

12. Nalule Y, et al. (2021). Higiene das mãos durante o parto em instalações no Cambodja: um estudo de observação de métodos mistos, baseado em teoria. *BMC Gravidez e Parto*. vol 21: 429. Disponível em: [bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03901-7](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03901-7) (acedido a 30 Mar 2022).

13. Os resultados deste estudo serão publicados em breve.

processo de ASH FIT no actual programa M&E do Ministério da Saúde (H-EQIP). Além disso, o ASH no HCF deve ser considerado e incluído na implementação do programa de saúde relevante, que poderia ser tido em conta para alcançar e acelerar a UHC.

- **Colaboração em parceria intersectorial.** Um forte apoio nacional de parceiros-chave ao Ministério da Saúde tem contribuído para melhorias de ASH no HCF. No entanto, a coordenação entre ministérios governamentais precisa de ser reforçada para assegurar o alinhamento e evitar a duplicação de esforços.
- **Empregar uma abordagem centrada nas pessoas para conceber e conduzir investigação para informar uma política eficaz.** O fornecimento consistente de fricções das mãos à base de álcool (ABHR) em locais-chave das instalações é uma medida suplementar conveniente e eficaz que poderia ser utilizada para melhorar o cumprimento da higiene das mãos para as novas mães e outros prestadores de cuidados. A colocação estratégica de ABHR em estabelecimentos de saúde, para além de instalações de lavagem das mãos com água e sabão, aumentaria a comodidade da prática de higiene das mãos para as mães com restrições de mobilidade e abordaria as barreiras de higiene das mãos enfrentadas pelos prestadores de cuidados paternais e não paternais - tais como movimento restrito devido à sobrelotação na sala de cuidados pós-natais, pressão do tempo devido às necessidades urgentes de cuidados e aumento da carga de trabalho.

## Conclusões e recomendações

Para um serviço de saúde inclusivo, sustentável e equitativo, é fundamental abordar o ASH no HCF e adoptar princípios de acessibilidade universal ao conceber intervenções de ASH. É fundamental considerar uma abordagem centrada nas pessoas para serviços de fácil utilização e abordar os factores de género e inclusão para melhorar o ASH no HCF.

- Os decisores políticos em matéria de saúde, especialmente o Ministério da Saúde, devem colaborar com os principais intervenientes e parceiros técnicos em matéria de género e inclusão para garantir que as directrizes revistas incorporarão componentes ASH práticos que sejam sensíveis ao género e acessíveis.
- As actuais ferramentas de padrões nacionais para a avaliação de ASH no HCF devem ser revistas para se alinharem com as normas e padrões nacionais recentemente desenvolvidos e com as ferramentas de monitorização de ASH do Programa Conjunto de Monitorização (JMP). Para ajudar a facilitar isto para além do contexto do Camboja, a WaterAid trabalhou com a OMS para incluir género e indicadores e ferramentas de inclusão no âmbito do manual e pacote de formação ASH FIT recentemente revisto.
- O género e a inclusão devem ser monitorizados através de dados desagregados e ferramentas de monitorização de projectos.
- Os decisores políticos devem integrar a deficiência na política e programas dos serviços de saúde para garantir que as pessoas com deficiência tenham acesso e beneficiem igualmente do ASH.
- Devem ser formadas parcerias com organizações que representem pessoas com deficiência e liderança feminina para garantir que as considerações de igualdade e inclusão estejam representadas nas campanhas de educação, promoção e prevenção em matéria de saúde.
- Os decisores políticos, o Ministério das Finanças e as ONG devem trabalhar em conjunto com o Ministério das Finanças para reconhecer a importância de ASH no HCF.



◀ Sokha a lavar as mãos em frente ao centro de saúde de Thlork Vien, Chhouk Village, Camboja. Julho de 2020.



## Estudo de caso



### Gana

Traduzir as inovações a nível distrital para influenciar a política e acção nacionais



WaterAid/Apagnawen Anankra

▲ Pacientes no Centro de Saúde do Distrito Oeste de Kassena-Nankana, Gana. Outubro de 2018.

▼ Michael Asagewe, Enfermeiro, pode agora lavar as suas mãos antes de tratar pacientes no CHPS de Wuru, no Gana. Outubro de 2018.



WaterAid/Apagnawen Anankra

### Contexto

As inovações e iniciativas a nível local e distrital catalisaram mudanças e acções a nível nacional para ASH no HCF no Gana. A propriedade local dos serviços de saúde e dos dados de monitorização reforçaram a responsabilização e a capacidade de resposta às exigências da comunidade. O reforço da base de evidência para ASH em HCF através da melhoria dos dados de custos permitiu uma maior integração de ASH em HCF nas estratégias nacionais centrais, incluindo o Gana *Estratégia Nacional de Qualidade dos Cuidados de Saúde*.<sup>14</sup>

### Barreiras

Foram identificadas duas barreiras primárias ao progresso do ASH no HCF:

- **Falta de dados de custos e normas para ASH em HCF.** Esta lacuna de dados sobre o custo do ASH em HCF teve múltiplas implicações. Sem dados claros sobre os custos para orientar e orientar a alocação de recursos, tem sido difícil assegurar os compromissos muito necessários do governo e dos doadores. A falta de dados de custos também impediu a inclusão efectiva de ASH no HCF em estratégias nacionais mais amplas para a saúde.
- **A falta de responsabilização dos detentores do dever perante as exigências e feedback dos cidadãos** pode impedir a prestação de cuidados de saúde centrados nas pessoas. A WaterAid Gana identificou uma lacuna na inclusão de ASH em abordagens localizadas, tais como o scorecard comunitário para a responsabilização da saúde. Desenvolvida em 2018, a comunidade scorecard envolve e dá poder aos membros da comunidade para darem feedback regular e proporem soluções para abordar uma série de áreas de qualidade, incluindo ASH. Os mecanismos de feedback estão ligados aos sistemas nacionais de informação de gestão da saúde (HMIS), o que significa que podem ser revistos a nível de instalações, distrito e nacional.

14. MoH República do Gana (2016). *Ghana National Healthcare Quality Strategy (2017-2021)*. Disponível em: [moh.gov.gh/wp-content/uploads/2017/06/National20Quality20Strategy20Ghana.pdf](http://moh.gov.gh/wp-content/uploads/2017/06/National20Quality20Strategy20Ghana.pdf) (acedido a 24 Mar 2022).

## Abordagem

A WaterAid Ghana trabalhou com parceiros e o governo para desenvolver a primeira estratégia nacional de custos sobre ASH no HCF - que foi publicada em 2020. A estratégia incluiu um quadro abrangente de coordenação e implementação, incluindo o financiamento de O&M. A WaterAid também está a apoiar o feedback da comunidade sobre ASH no HCF para fazer parte da monitorização do Sistema Distrital de Informação de Gestão da Saúde (HMIS).

A WaterAid do Gana trabalhou para criar uma interface para o envolvimento da comunidade com os direitos dos portadores. No município de Wa, na região do Alto Oeste do Gana, a WaterAid formou as comunidades para realizarem ASH em avaliações, monitorização e gestão de HCF utilizando abordagens como o 'community scorecard' e comités de gestão de ASH. A WaterAid também trabalhou simultaneamente com os portadores de obrigações para promover a responsabilização perante os direitos humanos de ASH no HCF.

A WaterAid do Gana trabalhou com assembleias distritais para desenvolver planos estratégicos a longo prazo para ASH sustentável no HCF, e funcionários distritais para desenvolver ASH integrado e orçamentos de saúde. Este processo visava estabelecer quanto custaria assegurar o pleno acesso aos serviços de ASH em todo o HCF no respectivo distrito. Com base nestes dados, a WaterAid do Gana trabalhou com funcionários distritais para realizar análises de custos do ciclo de vida para estimar ASH e custos de gestão de resíduos e fontes de financiamento necessárias para fornecer e manter estes serviços até 2030.

## Evidência de mudança

A WaterAid do Gana conseguiu apoiar a utilização de dados e boas práticas a nível distrital para moldar e influenciar a política nacional e as decisões de financiamento para a saúde. Os Serviços de Saúde do Gana estão agora a planear o lançamento nacional do cartão de pontuação comunitário e o envolvimento para melhorar a qualidade, defender o respeito e a dignidade dos utilizadores da saúde, e melhorar o ASH e o IPC. A monitorização deste quadro de pontuação será recolhida através do DHIS-2. Isto significa também que os dados podem ser imediatamente revistos a nível das instalações, distrito e nacional. As comunidades continuam a fazer mudanças - o grupo de defesa Kalvio Gugoro reuniu provas de ASH sobre o seu HCF e apoiou a comunidade na organização de um fórum de saúde. A comunidade defendeu junto dos Serviços Distritais de Saúde a prestação de serviços, tais como electricidade, medicamentos, um frigorífico, água e instalações sanitárias, para tornar as instalações totalmente funcionais após a sua conclusão. A comunidade também iniciou a construção de latrinas e exercícios de limpeza comunitária de espaços públicos.

Está a ser divulgada uma estratégia nacional de ASH com um plano abrangente de coordenação e implementação nos distritos e regiões para apoiar uma melhor planificação e tomada de decisões para ASH no HCF. Os próximos passos incluem a validação deste plano a nível regional e o envolvimento com parceiros de desenvolvimento para o apoiar. Finalmente, os custos da infra-estrutura de ASH e os recorrentes O&M são estabelecidos na estratégia de ASH, com 80% dos custos projectados financiados a partir de recursos nacionais. A nível distrital, os parceiros apoiaram o desenvolvimento de planos de ASH a longo prazo, assumindo compromissos orçamentais para colmatar as carências.

### Custo do ciclo de vida para um ASH sustentável em HCF

A utilização de uma abordagem de custos de ciclo de vida em ASH refere-se à avaliação de todos os custos necessários para fornecer e sustentar serviços de água e saneamento a longo prazo e comportamentos de higiene no HCF e à população que serve.

Os custos do ciclo de vida incluem não só os custos iniciais, frequentemente pontuais, da instalação de novas infra-estruturas ou da promoção de práticas, mas também os custos a curto e longo prazo da manutenção e do apoio a estes serviços e comportamentos no futuro. Alguns exemplos destes custos são as peças sobressalentes para manutenção ou substituição menor e maior, água, saneamento, salários de funcionários/técnicos de gestão de resíduos, mecânica local, formação técnica recorrente do pessoal nacional e subnacional de água e saúde, promoção repetida de saneamento e higiene, monitorização contínua, etc.





WaterAid/Apagnawen Amankra

◀ Pacientes em tratamento no Centro de Saúde Kassen-Nankana, no Gana. Outubro de 2018.



## Lições chave

- **Um processo rigoroso de selecção e recolha de dados.** Durante o trabalho de cálculo de custos, era importante ser claro sobre quais os dados que a Direcção Distrital de Saúde necessitava para recolher e utilizar.
- **Análise exaustiva do financiamento.** Para passar os planos à fase de implementação, é essencial identificar possíveis oportunidades de preencher lacunas de financiamento - através de fontes de financiamento distritais, nacionais e globais.
- **Prestação de contas.** Os compromissos públicos assumidos pelo distrito para alcançar o acesso universal ao ASH até 2030 aumentaram o ímpeto e a responsabilização. A WaterAid do Gana tem apoiado o acompanhamento por parte dos líderes e parceiros comunitários para assegurar que os compromissos sejam cumpridos. Por exemplo, foi desenvolvido um plano integrado de ASH e orçamento e monitorização da saúde para cada distrito.
- **Uma estratégia nacional de custos** para dirigir um plano claro de acção e responsabilidade permitiu a inclusão de ASH no HCF em documentos-chave de política e estratégia nacional, tais como as estratégias nacionais para a Qualidade dos Cuidados de Saúde e as estratégias AMR.
- **Reconhecer o papel da comunidade na melhoria da qualidade e da responsabilização dos serviços de saúde.** A WaterAid apoiou um processo contínuo de orientação e tutoria para reforçar a capacidade da comunidade, para que pudessem reclamar os seus direitos a nível distrital ou regional.
- **Dar prioridade à sustentabilidade a longo prazo no envolvimento da comunidade.** A abordagem da WaterAid do Gana assegurou que a comunidade continuasse a avançar sem qualquer contributo. A comunidade seleccionou voluntários para o desenvolvimento de capacidades que depois partilharam a sua aprendizagem com a comunidade. A comunidade formou e apoiou equipas de advocacia para exigir melhores serviços de saúde aos portadores de obrigações.

## Conclusão e recomendações

Melhorias a nível distrital tais como a criação de planos estratégicos a longo prazo, planos de custos para ASH no HCF e a iniciativa de scorecard comunitária foram catalisadores para a mudança nacional no Gana. Com base neste trabalho, recomendamos:

- Governo e parceiros de desenvolvimento que devem assegurar fortes ligações entre as provas a nível distrital e a tomada de decisões e planeamento a nível nacional e regional.
- Processos integrados de monitorização e responsabilização a nível comunitário nos mecanismos nacionais de monitorização e HMIS. Assegurar que estes processos são apoiados pelo investimento na capacitação das comunidades para assumirem as actividades de monitorização e reivindicarem os seus direitos e formação de portadores de obrigações para responderem às suas exigências.
- Dar prioridade à recolha e avaliação de ASH em dados de custos do ciclo de vida de HCF para informar uma estratégia nacional de custos de ASH em HCF.



# Índia

## Uma abordagem de sistemas de saúde para integrar o ASH no HCF



### Contexto

A Índia tem uma das taxas mais elevadas de mortalidade materna e neonatal do mundo, a cuja principal causa é a septicemia - responsável por 11% das mortes maternas.<sup>15</sup> O Governo da Índia tomou medidas para melhorar a saúde materna e infantil no âmbito da Missão Nacional de Saúde.

O Janani Shishu Suraksha Yojana dá a todas as mulheres direito a um parto gratuito num HCF público para assegurar um parto seguro. Outras iniciativas, como as Directrizes Swachhata e as Directrizes Kayakalp, e a Iniciativa de Melhoria da Qualidade da Sala de Trabalho (LaQShYa), também visam melhorar a qualidade dos cuidados no HCF.

Os resultados das etapas do governo para fornecer cuidados de qualidade são convincentes - com a proporção de mulheres que dão à luz em um HCF na Índia agora aumentando significativamente de 38,7% em 2005-06 para 78,9% em 2015-16.<sup>16,17</sup> A partir de 2018, o governo da Índia se concentrou em transformar sub centros existentes e HCF primária em **Centros holísticos de saúde e bem-estar** para fornecer cuidados de saúde abrangentes, incluindo serviços para mães e crianças pequenas.

### Barreiras

Provas de estudos e avaliações, e interações de prestadores de cuidados de saúde em HCF públicos nas zonas rurais e urbanas da Índia destacaram impedimentos críticos para melhorar os serviços de ASH em todos os níveis do sistema público de saúde:

- Quando **as amenidades ASH** estão disponíveis, requerem melhorias em termos de adequação, acessibilidade, funcionalidade e qualidade.
- **Os resíduos sólidos, líquidos e médicos são mal geridos nas instalações** - que carecem de infra-estruturas adequadas e de capacidade de segregação e tratamento.
- **Directrizes e formação específicas para instalações** sobre limpeza de instalações, IPC e equipamento de protecção pessoal (EPI) são mal implementadas e de forma inconsistente.
- **Falta de financiamento no HCF primário.** Investimentos em infraestrutura e treinamento estão concentrados na atenção terciária instalações, tendo uma alta carga de pacientes e oferecendo uma variedade de serviços de saúde. No entanto, o HCF primário, localizado mais próximo das comunidades, precisa ser melhorado, com investimentos limitados e capacidades de recursos humanos.
- **Os investimentos em ASH competem com outros investimentos críticos** necessários para o pessoal de saúde e serviços de tratamento (por exemplo, equipamento e medicamentos).
- **Reconhecimento limitado de que ASH é um componente crítico para a qualidade dos cuidados, prevenção de doenças e saúde promoção**, com potencial para contribuir para a melhoria dos resultados do tratamento juntamente com os esforços curativos.
- **A estrutura de pessoal no HCF** exige que os profissionais médicos também se ocupem da gestão das instalações. Estruturas de gestão participativa, tais como as Rogi Kalyan Samiti (Comités de Gestão Hospitalar), não estão funcionais em muitas instalações.

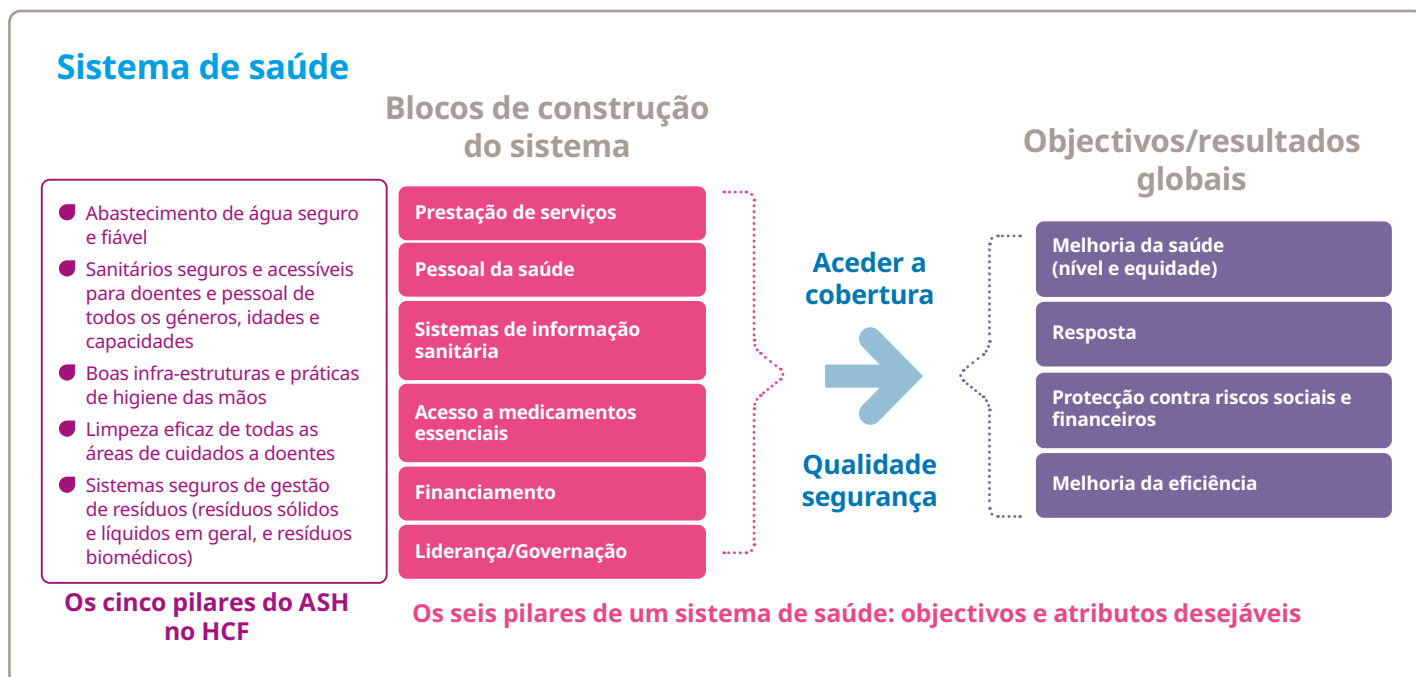


15. Say L, et al. (2014). Causas globais da maternidade death : uma análise sistemática da OMS. *Lancet Global Health*. vol 2, no 6, E323-E333. Disponível em: doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X (acedido a 6 Abr 2022).

16. International Institute for Population Sciences (IIPS) e Macro International (2007). *Inquérito Nacional de Saúde da Família (NFHS-3), 2005-06: Índia: IIPS*.

17. International Institute for Population Sciences (IIPS) e ICF (2017). *Inquérito Nacional de Saúde da Família (NFHS-4), 2015-16: Índia*. Mumbai: IIPS.

**Figura 6. Integração do ASH nos blocos de construção do sistema de saúde**



## Abordagem

A realização dos objectivos do Plano de Acção Global para ASH no HCF e a implementação dos oito passos práticos para o acesso universal a cuidados de qualidade na Índia exige uma abordagem que reforce os sistemas de saúde, através da qual ASH seja posicionado dentro dos blocos de construção dos sistemas de saúde, nomeadamente liderança e governança; financiamento dos cuidados de saúde; mão-de-obra da saúde; produtos e tecnologias médicas; informação e investigação; e prestação de serviços (Figura 6).<sup>18</sup>

As intervenções ASH seguras e sustentáveis em HCF na Índia enquadram-se em cinco componentes inter-relacionadas: liderança, processos de institucionalização, reforço de capacidades, mecanismos de monitorização e investigação, e soluções reactivas e resilientes (tecnologias e inovações). Neste estudo de caso, iremos concentrar-nos em soluções reactivas e resilientes, delineando a forma como temos respondido a emergências, incluindo catástrofes naturais e emergências de saúde pública. O HCF com serviços ASH reactivos e resilientes reforça os serviços de tratamento e previne a propagação de infecções, especialmente entre as comunidades vulneráveis a estas emergências.

## Evidência de mudança

Em 2018, o Estado do Sul de Kerala foi devastado pelas cheias, que afectaram as comunidades e o HCF que as servia. Em colaboração com a OMS, a WaterAid Índia trabalhou com a administração do Distrito de Wyanad para levar a cabo avaliações ASH intensivas do HCF e dos anganwadis (instituições de cuidados infantis e de desenvolvimento precoce). Como parte desta avaliação, a WaterAid Índia desenvolveu planos de melhoramento de instalações, realizou renovações e construções relacionadas com ASH em 12 HCF e 50 anganwadis, além disso distribuímos filtros de água a 243 anganwadis.

Todas as renovações de infra-estruturas foram empreendidas com enfoque na 'resiliência' dada a vulnerabilidade desta área às catástrofes naturais. Intervenções únicas em Wyanad HCF e anganwadis foram a restauração de poços cavados, instalação de filtros de água, formação sobre a utilização de kits de teste de qualidade da água, e sistemas de recolha de água da chuva (RWH).

No estado norte de Uttar Pradesh, a WaterAid Índia investiu em infra-estruturas críticas num centro de saúde comunitário e numa instituição de cuidados de saúde primários, incluindo

18. OMS (2010). *Monitorização dos elementos constitutivos dos sistemas de saúde: Um manual de indicadores e respectivas estratégias de medição*. Disponível em: [wpro.who.int/health\\_services/health\\_systems\\_framework/en/](http://wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/) (acedido a 24 Mar 2022).



► A enfermeira chefe Madhubala Awasti lava as mãos depois de assistir os doentes numa ala de um centro de saúde comunitário. Uttar Pradesh, Índia. Junho de 2021.

sistemas de RWH. Estes sistemas de RWH forneceram água para lavagem das mãos e para a descarga de sanitas. O Rogi Kalyan Samiti concentrou-se na importância da infraestrutura O&M ASH, incluindo a necessidade para dotações orçamentais para O&M. Estas acções levaram o Governo a aprovar a Ordem do Governo de ter os sistemas RWH em HCF como padrão no Uttar Pradesh.

O Governo esteve envolvido ao longo deste processo para assegurar a continuidade para além do período do projecto, e para institucionalizar avaliações regulares e afectações orçamentais para melhorias do ASH, e O&M.

## Lições chave

- Aumentar o financiamento e os investimentos para assegurar um ASH adequado como parte de um reforço mais amplo do sistema de saúde. Tal financiamento deve incluir O&M regular da infra-estrutura de ASH; formação e capacitação de provedores de cuidados de saúde; instituições mandatadas sobre ASH; higiene e IPC; e fortes campanhas sociais e de mudança de comportamento para promover a higiene entre todo o pessoal do HCF, pacientes e seus provedores de cuidados.
- Reforçar a estrutura, processos e acções de estruturas mandatadas como Rogi Kalyan Samitis e comités IPC em HCF públicos, para construir o seu foco no fortalecimento e manutenção de infra-estruturas e serviços de HCF, incluindo o de ASH.
- Reforçar as instituições a nível comunitário e a sua propriedade e participação nos processos HCF, para melhorar os serviços de saúde, incluindo a melhor prestação de serviços de ASH nestas instalações. As comunidades também podem ser sensibilizadas sobre a importância do ASH no HCF, e os seus direitos como pacientes e prestadores de cuidados de saúde a exigirem instalações seguras de ASH.



WaterAid/Anindito Mukherjee

## Conclusões e recomendações

A partir do nosso trabalho de reforço do sistema, podemos fazer as seguintes recomendações:

- Os governos devem atribuir um maior financiamento para assegurar um ASH adequado e resistente no HCF.
- Os decisores políticos devem incluir os serviços ASH no HCF como prioridades centrais em todos os documentos de política de saúde críticos (por exemplo, políticas de saúde estatais e nacionais, cartas de direitos do paciente/cidadãos, Normas de Saúde Pública indianas), programas (por exemplo, cuidados ao recém-nascido domiciliário, cuidados pré-natais, centros de saúde e bem-estar) relevantes para a qualidade dos cuidados, cuidados de maternidade respeitosos e UHC.
- Os governos devem rever e avaliar regularmente o estado do ASH no HCF dentro das normas relacionadas com a saúde (por exemplo, Normas de Saúde Pública indianas), sistemas de monitorização (por exemplo, Kayakalp) e inquéritos independentes a nível de instalações. Utilizar os resultados para informar planos de acção e dotações orçamentais para melhorar as instalações, sistemas e normas de ASH.



## Malawi

### Envolvimento comunitário - the caso do Centro de Saúde de Chikweo



#### Contexto

A passagem do ASH na resolução do HCF durante a AMS de 2019 foi um catalisador para a transformação dos sistemas de saúde. No Malawi, o lobbying da WaterAid contribuiu para os repetidos compromissos do Ministro da Saúde para assegurar o desenvolvimento e implementação de um roteiro de melhoria de ASH no HCF que irá catalisar as melhorias de ASH no HCF, como o Centro de Saúde de Chikweo.

O Centro de Saúde de Chikweo está situado na Autoridade Tradicional de Chikweo no Distrito de Machinga, a 91 km do Hospital Distrital de Machinga - com uma população de 107.003 habitantes. O HCF tem lutado com problemas de ASH desde que os seus sistemas de água foram vandalizados em Janeiro de 2016 e, desde então, tem dependido de um furo equipado com uma bomba manual localizada numa escola primária vizinha. O pessoal do hospital e os tutores têm competido com as crianças da escola e a comunidade circundante para acederem à água - o que, por sua vez, comprometeu a qualidade dos serviços de saúde do centro.

#### Barreiras

Foram identificadas barreiras-chave para o progresso do ASH no Centro de Saúde de Chikweo:

- **Inadequado O&M de instalações de ASH.** Na maioria das vezes, o comité de manutenção não dispunha de recursos financeiros suficientes para manter as instalações.
- **O número insuficiente de guardas de segurança aumentou o risco de vandalismo.** O vandalismo é resultado de uma participação limitada da comunidade na prestação de serviços de saúde, e de uma propriedade inadequada da infra-estrutura de ASH.
- **Baixo número de pessoal retido e falta de pessoal.** Devido à falta de água corrente e de instalações sanitárias para ambos os pacientes e pessoal, o que constitui um fardo particular para as mulheres trabalhadoras do sector da saúde, o centro tem been com falta de pessoal durante vários anos and lutou com a retenção de pessoal. O pessoal were a solicitar transferências das instalações or não se apresentou para trabalhar uma vez colocado nas instalações the.
- **Falta de instalações de lavagem das mãos e IPC.** O pessoal médico e os pacientes que procuram cuidados não podem lavar as mãos devido a falta de instalações de lavagem de mãos, sabão e abastecimento de água canalizada. Isto teve impacto nas práticas gerais de higiene e nas medidas IPC - colocando em risco a vida dos pacientes e dos profissionais de saúde.
- **Falta de instalações de ASH que respondam às questões de género.** As grávidas não estavam interessadas em dar à luz os seus bebés no centro devido à falta de instalações de ASH seguras e privadas. A maioria das mulheres optou pelo parto em casa, e algumas até esperaram até ao último minuto para virem ao centro para o parto.



WaterAid/ Francis Chipanda

◀ Cotuwege Gama, Clínico, lava as mãos numa das torneiras que foi instalada no Centro de Saúde de Chikweo como parte do projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), que é financiado pelo Fundo de Desenvolvimento Internacional do Governo Escocês. Machinga, Malawi. Dezembro de 2021.



WaterAid/Dennis Lupenga

◀ Agora, através do projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), esta instalação tem sanitários para doentes e pessoal, casas de banho para mulheres grávidas, um sistema de abastecimento de água reticulado, um incinerador, e um poço de placenta. Machinga, Malawi. Setembro de 2019.

## Abordagem

Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi) é financiado pelo Fundo de Desenvolvimento Internacional do Governo Escocês, com apoio adicional da angariação de fundos dos funcionários da Scottish Water. O projecto teve início em Outubro de 2018 e decorrerá até Março de 2023 - até à data, tem sido modelo de WASH em quatro HCF, um dos quais foi Chikweo.

Foi implementada uma abordagem de reforço do sistema no centro de saúde de Chikweo através da participação e propriedade da comunidade para melhorar a O&M e refrear o vandalismo. Por exemplo, a comunidade criou actividades geradoras de rendimentos para financiar O&M, incluindo o cultivo de & vendendo milho, batata doce & amendoins e a operação de armazenamento de bicicletas para clientes (a uma taxa) que vêm procurar serviços em Chikweo. Além disso, um exercício de análise de custos do ciclo de vida apoiou O&M comités a nível distrital e de instalações para planear serviços de ASH sustentáveis. O reforço da capacidade dos profissionais de saúde foi realizado através de formação em IPC e ASH, o que incluiu a gestão de resíduos, higiene das mãos e limpeza ambiental.

O projecto continua a apoiar o conselho distrital a desenvolver Planos de Investimento Estratégicos Distritais (DSIP) reactivos e a aumentar a atribuição de fundos a ASH a nível distrital.

O modelo ASH em HCF em Chikweo - incluindo o pacote ASH, desenhos e normas - foi utilizado para demonstrar o potencial de escala com o MoH e outras partes interessadas.

## Evidência de mudança

Após a formação IPC e ASH ter sido ministrada aos profissionais de saúde através do projecto, e a publicação de novas directrizes IPC e ASH, foram desenvolvidos planos de melhoramento a nível de HCF sobre diferentes aspectos do IPC - tais como gestão de resíduos, higiene das mãos e limpeza ambiental. Estes planos de melhoramento foram então implementados pelo pessoal de saúde. Um coordenador distrital do IPC realiza supervisões trimestrais nas instalações de saúde para verificar o progresso, e através disto observou que o IPC é agora efectivamente praticado no centro - tanto pelos profissionais de saúde como pelos pacientes.

A monitorização e o envolvimento dos trabalhadores da saúde indicou que a melhoria do ambiente de trabalho no centro aumentou a motivação do pessoal.

O MoH recomendou a concepção e as normas do pacote ASH modelado em Chikweo a outros HCF em todo o Malawi através da apresentação ao grupo de trabalho sub-técnico da maternidade segura, e está a influenciar outros intervenientes no ASH a adoptar o pacote - que inclui orientações sobre incineradores, fossas de cinzas, fossas de placenta, latrinas, sanitários e sistemas de abastecimento de água reticulada - para aumentar o ASH seguro e sustentável.



## Lições chave

- O envolvimento e propriedade da comunidade contribuem para uma melhor qualidade dos serviços de ASH. No Projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), os membros da comunidade supervisionaram os trabalhos de construção nas instalações, o que significou que os empreiteiros aderiram às normas especificadas.
- O envolvimento comunitário contribui para a poupança financeira e melhora as condições sanitárias. Por exemplo, em Chikweo, os voluntários da comunidade mobilizaram contentores para eliminar os resíduos sólidos nas instalações, o que também permitiu que as instalações poupassem dinheiro aos empreiteiros.
- O envolvimento sustentado e as conversas com ministérios, departamentos e funcionários governamentais ajudam a dar prioridade e a integrar ASH e IPC. As nossas conversas até agora levaram ao desenvolvimento de directrizes nacionais revistas de ASH da IPC no Malawi. A Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi) está a apoiar a implementação e adopção destas directrizes revistas no HCF alvo do projecto.
- As provas geradas pelos estudos e projectos podem ser aproveitadas para influenciar as estratégias e roteiros nacionais. A WaterAid Malawi utilizou estudos para influenciar a inclusão do ASH em instituições como tema autónomo na Estratégia Nacional de Saneamento e Higiene (NSHS) 2018-2024. O projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi) também gerou provas que estão a influenciar o conteúdo do ASH do Malawi no roteiro de melhoria do HCF.
- A identificação de lacunas na prestação de serviços pode levar ao estabelecimento de novas parcerias. O nosso trabalho traçou o perfil das lacunas na prestação de serviços de ASH no HCF e atraiu doadores para estabelecerem parcerias com a WaterAid nos seus distritos prioritários.

► Borehole instalado sob o Projecto Deliver Life to Mothers, Girls and Children (na Região Sul do Malawi), que é financiado pelo Fundo de Desenvolvimento Internacional do Governo Escocês. Machinga, Malawi. Dezembro de 2021.

## Conclusões e recomendações

O trabalho em Chikweo demonstrou a importância do envolvimento da comunidade ao modelar o ASH no HCF. O envolvimento e propriedade da comunidade levou a uma melhoria da qualidade dos serviços de ASH e à redução de custos. A partir do nosso trabalho no Malawi, fizemos as seguintes recomendações:

- Para melhorar e sustentar a prestação de serviços de ASH e a mudança de comportamento no HCF, o Governo do Malawi terá de aumentar a atribuição financeira aos governos locais. Isto irá então cumprir o limite mínimo de 5% de todos os recursos orçamentais nacionais a serem canalizados para os conselhos distritais, e irá posicioná-los de modo a melhor atenderem ao O&M de ASH no HCF.
- O Ministério da Saúde deve reforçar a participação da comunidade na prestação de serviços de saúde, assegurando a existência de um circuito completo desde a realização de inquéritos de satisfação na prestação de serviços e entrevistas de saída, até ao feedback às comunidades sobre as conclusões, e à tomada de medidas sobre as questões identificadas.
- As ONG devem ter um conhecimento profundo dos obstáculos aos serviços de ASH sustentáveis no HCF e investir em intervenções sistemáticas a longo prazo para resolver os bloqueios e quebrar o ciclo.



WaterAid/Francis Chipanda



## Mali

### Parcerias e coordenação para Serviços de ASH no HCF eficientes



#### Contexto

A epidemia do vírus Ebola de 2014 no Mali evidenciou as consequências mortíferas de uma falta de ASH no HCF. Este foi também o momento de mudança, com os Estados membros da ONU a anunciarem a mudança para uma nova agenda de desenvolvimento sustentável, com a transição dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para os ODM, e o início da estratégia nacional de intervenção do país para 2016/21.

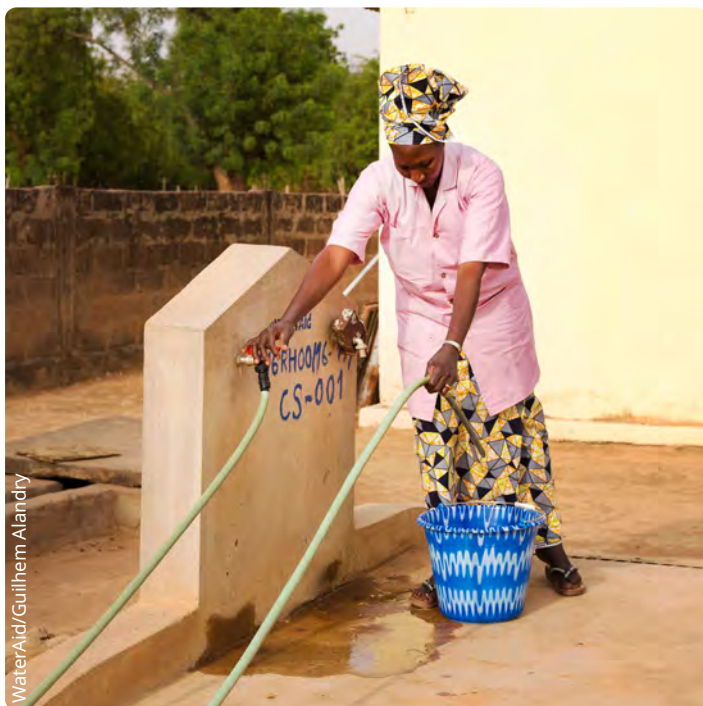
A WaterAid Mali implementou um projecto WASH de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2017 em 23 HCF nos distritos de Bla (região de Segou) e Koro (região de Mopti) apoiado pelo Conrad N. Hilton e pela Fundação One Drop e entregue em colaboração com os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), OMS, Ministério da Saúde e Higiene Pública (MSHP), Colectividades Territoriais (TCs), Associações Comunitárias de Saúde (ASACOs), e parceiros de ONG locais (ALPHALOG, APROFEM e ARAFD).

#### Barreiras

Através do projecto ASH no HCF, a WaterAid Mali identificou quatro factores que contribuíram para a inadequação dos serviços ASH no HCF:

- **Dados insuficientes sobre a cobertura de ASH no HCF.** A informação a nível nacional só muito raramente é recolhida através de avaliações sobre uma amostra representativa e não utilizou indicadores globais JMP.<sup>19</sup> Isto significa que não há dados nacionais completos e actualizados sobre a cobertura de ASH no HCF.
- **Financiamento prioritário para as famílias em relação ao HCF.** Historicamente, os acordos bilaterais, fundações privadas e governos têm dado prioridade aos serviços de ASH nos agregados familiares (de acordo com os ODM).
- **Capacidade e governação inadequadas.** Falta de recursos técnicos e financeiros atribuídos a ASH e fraca governação das ASACOs - que são responsáveis pela gestão de HCF com base na comunidade, incluindo ASH. Esta fraca governação caracteriza-se por uma má compreensão dos seus papéis e responsabilidades, bem como por problemas de gestão e capacidade financeira.
- **Ambiente desfavorável para iniciativas inter-sectoriais.** Coordenação between o sector da saúde e ASH é fraco no Mali, com falta de clareza sobre os papéis e responsabilidades dos diferentes ministérios responsáveis pela saúde e ASH. Como tal, a responsabilidade e prestação de contas está dividida entre dois sectores.

◀ Abibatou Diarra, Parteira, recolhe água limpa de uma torneira instalada pela Wateraid no Centro de Saúde de Diaramana, Cercle de Bla, Região de Segou, Mali. Abril de 2018.



WaterAid/Guilhem Alandy

19. Relatório de progresso global sobre água, saneamento e higiene nas instalações de cuidados de saúde: fundamentos primeiro. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.





◀ Setou Diallo, 45 anos, membro do grupo de mulheres Benkadi, em pé com as suas duas filhas Korotimi e Foune em casa em Kakounouso, Samabogo, distrito de Bla, Segou, Mali. Outubro de 2019.

## Abordagem

Para enfrentar estes obstáculos, WaterAid Mali, CDC, Direcção Nacional de Saúde/Direcção Nacional da Saúde (DNS) e a OMS implementaram um projecto de múltiplos intervenientes com as seguintes áreas-chave de enfoque:

1. Análise da situação de base e acessibilidade (por WaterAid Mali, CDC e o DNS).
2. Prestação de serviços e promoção de ASH de mudança de comportamento (por WaterAid Mali).
3. Desenvolvimento de capacidades a nível local e nacional (por WaterAid Mali, OMS e o DNS).
4. Melhorar o planeamento e a coordenação entre os intervenientes para criar um ambiente favorável (pela OMS e pelo DNS).

As áreas acima referidas foram implementadas numa abordagem adaptativa e multi-stakeholder e numa parceria especializada. Como se viu acima, a parceria utilizou os respectivos pontos fortes das várias organizações, liderando em diferentes áreas de implementação. Foi criado um grupo de trabalho para facilitar a coordenação entre as áreas de implementação do projecto, para além de à coordenação do desenvolvimento de normas e padrões nacionais.

## Evidência de mudança

Uma vez concluído o projecto, todos os 23 HCF visados tiveram acesso a água e saneamento (incluindo gestão de resíduos sólidos) e pessoal de limpeza. Além disso, foi desenvolvido e posto em prática um Plano de Gestão de Saúde Ambiental (utilizando ASH FIT) que apoia a gestão sustentável do ASH em todos os 23 HCF.

Ao longo do projecto, a colaboração dos três parceiros - DNS, OMS, WaterAid Mali - ajudou a facilitar os pontos de vista e a capacidade de adaptar os planos à medida que os desafios surgiam.

Uma Força-Tarefa Nacional ASH-Saúde foi relançada em 2016 para coordenar os esforços do setor, compartilhar lições do campo e promover o trabalho para melhorar o ASH no HCF em todo o país. Esta força-tarefa serve como uma plataforma de discussão, presidida pela Divisão de Higiene Pública e Saneamento da Direcção Nacional de Saúde. Como resultado desta força-tarefa, vários documentos-chave foram aprovados, incluindo o **Pacote Mínimo ASH em Instalações de Saúde** (*Paquet minimum pour l'accès a l'eau potable, l'hygiene et l'assainissement dans les établissements de sante au Mali*), o **Plano Estratégico Nacional ASH** (*Plan strategique national pour l'amelioration des conditions d'accès a l'eau potable, l'hygiene et l'assainissement dans les établissements de sante au Mali 2017-2021*) e directrizes (*Le guide technique des infrastructures dans le centres de santé*), e protocolos (*Directives nationales de prévention et de contrôle des infections* - um catálogo de tecnologias para orientar a prestação de serviços de alta qualidade em HCF).

Os resultados do projecto foram utilizados como prova para a advocacia e sensibilização pela WaterAid no Mali para acções adicionais sobre ASH no HCF. Além disso, os resultados do estudo do CDC sobre infecções perinatais e a prática de lavagem das mãos pelo pessoal de saúde foram fundamentais para alcançar os nossos objectivos de advocacia baseada em evidências. A WaterAid Mali trabalhou recentemente com a Direcção Nacional de Saúde para contextualizar os indicadores JMP ASH, no sistema de informação sanitária sobre DHIS-2 a nível nacional, para a monitorização do progresso sobre ASH no HCF.

## Lições chave

Estas parcerias voltaram a sublinhar que o acesso universal ao ASH sustentável requer oportunidades para inovar, aprender, divulgar e ampliar modelos. Em particular, emergiram as seguintes lições:

- O Ministério da Saúde é em última instância responsável por assegurar que o ASH no HCF seja planeado, implementado, monitorizado e reportado. Assim, a liderança do pessoal de saúde e a sua responsabilização ao longo de todo o processo, desde o planeamento até à elaboração de relatórios, foram factores-chave para o sucesso do projecto e a sua sustentabilidade.
- A colaboração com parceiros especializados contribuiu para uma forma mais eficaz de trabalhar e a clareza dos papéis e das responsabilidades potenciou os pontos fortes de cada organização.
- A aprendizagem e a partilha de experiências no seio da Task Force foi um factor-chave que contribuiu para a melhoria dos documentos e políticas-quadro - o que significou que o projecto foi capaz de se adaptar à medida que prosseguia.
- As provas obtidas na implementação do projecto facilitaram o empenho dos parlamentares na campanha de advocacia da WaterAid para a redução da malnutrição, da mortalidade neonatal e infantil.
- A disponibilidade de serviços de ASH combinados com intervenções de mudança de comportamento baseadas em provas facilitou a adopção de boas práticas de higiene entre o pessoal de saúde, pacientes e prestadores de cuidados.
- O ASH no HCF pode ser utilizado como ponto de entrada dentro das comunidades para abordagens de ASH a nível distrital e reforço do sistema de forma mais geral.

▶ **Oumar Malle, centro, chefe do Dankoumani, realizando uma reunião com membros da comunidade na sua aldeia, distrito de Bla, região de Segou, Mali. Outubro de 2019.**



## Conclusões e recomendações

Alavancar os respectivos pontos fortes dos parceiros e estabelecer mecanismos de coordenação robustos é fundamental para alcançar ASH de qualidade no HCF.

Com base nas provas e lições aprendidas, a modelo ASH na intervenção do HCF deve:

- Adoptar uma abordagem adaptativa e baseada em provas que maximiza o retorno do investimento no sector da saúde e demonstra a importância do ASH para o desenvolvimento.
- Enquadrar-se no quadro existente de múltiplos intervenientes ou, quando apropriado, criar um ambiente propício à boa coordenação do sector e à definição de documentos normativos e regulamentares harmonizados.
- Combinar a prestação de serviços de ASH sustentável e a defesa baseada em provas para o reforço do sistema de saúde e o acesso universal ao ASH sustentável.
- Além disso, a nível nacional, os Ministérios deveriam estabelecer mecanismos de coordenação entre o ASH e a saúde.





# Myanmar

## Apoio a nascimentos mais seguros no projecto de Myanmar



### Contexto

Em Myanmar, a situação de ASH e IPC no HCF não é clara devido à falta de dados representativos a nível nacional. Quando as instalações de ASH estão presentes, estas frequentemente não cumprem as normas mínimas da OMS. Desde a criação da WaterAid Myanmar em 2016, duas peças de investigação sobre ASH no HCF foram realizadas em colaboração com o Ministério da Saúde e Desportos (MoHS). Os resultados destes estudos foram utilizados para melhorar as condições de ASH e IPC no HCF em Myanmar no âmbito do projecto ASH in HCF da WaterAid Myanmar, Supporting Safer Births in Myanmar (SSBP).

O projecto do SSBP deveria estar concluído até Dezembro de 2022. Contudo, na sequência do golpe militar em Myanmar a 1 de Fevereiro de 2021, a WaterAid deixou de se envolver com instituições governamentais. Os trabalhadores da saúde em torno do country estiveram envolvidos no movimento de desobediência civil em protesto contra o golpe. Neste contexto, a continuação do SSBP já não era viável e a WaterAid - através de consultas com a GHD e o DFAT - concordou em concluir o projecto em Junho de 2021.

▼ Uma enfermeira e Ma Tin Tin Aye com o seu bebé no hospital de Lemyethna, Região de Ayeyarwady, Myanmar. Março de 2020.



### Barreiras

Ao longo do projecto do SSBP, foram identificadas as seguintes barreiras ao progresso em matéria de género e ASH socialmente inclusivo no HCF:

- **Financiamento do ASH e IPC.** Não houve financiamento dedicado às instalações de ASH e IPC no âmbito das dotações orçamentais do HCF em Myanmar.
- **Falta de sensibilização sobre o género e a exclusão social.** As principais partes interessadas, tais como o pessoal do MoHS e do HCF a diferentes níveis, têm uma consciência limitada do género e do ASH socialmente inclusivo e do IPC.
- **Falta de coordenação com as organizações.** Houve falta de mecanismos regulares de coordenação em torno do ASH inclusivo no HCF e nenhuma consulta formal com as OPDs ou grupos de direitos das mulheres.
- **Sub-representação para todos os utilizadores de ASH e HCF.** As vozes e feedback dos utilizadores, incluindo as das mulheres e grupos que são marginalizados, raramente foram integrados na concepção e melhoria do ASH no HCF.
- **Falta de soluções de gestão de resíduos.** São fornecidas instalações limitadas para a gestão de resíduos sanitários pelos municípios.
- **Restrições COVID-19.** Durante a pandemia de COVID-19, restrições de viagem, requisitos de quarentena e acesso limitado ao HCF significaram que as melhorias ao HCF foram reduzidas.



## Abordagem

Para abordar estas barreiras críticas ao progresso em matéria de género e ASH socialmente inclusivo no HCF, WaterAid Myanmar - em parceria com Jhpiego e em colaboração com o MoHS - implementou o projecto SSPB com financiamento do Fundo de Água para Mulheres do Governo Australiano.

O objectivo do projecto era que "as mulheres de Myanmar tivessem nascimentos mais seguros através da melhoria da qualidade dos cuidados maternos e recém-nascidos", através do reforço do sistema de saúde integrando Água, Saneamento e Higiene Socialmente Inclusiva (GSI) e IPC; e demonstrando melhorias de qualidade (QI) em cinco hospitais municipais da Região de Ayeyarwady.

Vários mecanismos de coordenação foram implementados através do projecto SSPB com representação de vários ministérios relevantes e de uma vasta gama de intervenientes, incluindo OPD e grupos de direitos das mulheres. Um pacote de capacitação denominado '**TEACH CLEAN**' e uma abordagem de QI - que visava boas práticas de higiene entre o pessoal de limpeza dos hospitais e enfermeiros - também foi entregue através do projecto.

## Evidência de mudança

Após as actividades do SSPB, o pessoal governamental demonstrou uma maior abertura aos conceitos de género e inclusão social. Funcionários do Ministério da Saúde Central e Regional estiveram plenamente envolvidos durante todo o projecto, incluindo no desenvolvimento e realização da formação TEACH CLEAN. O pacote de formação TEACH CLEAN foi concebido com uma perspectiva de género e inclusão social, pelo que a participação no processo ajudou o pessoal do Ministério da Saúde a ganhar compreensão dos conceitos envolvidos.

O pessoal do HCF, incluindo gestores, enfermeiros e pessoal de limpeza, demonstrou melhores práticas em torno da higiene e gestão de resíduos e sentido de propriedade para ASH e IPC, na sequência da formação TEACH CLEAN. Por exemplo, Kyangin Township Medical Officer financiou e instalou independentemente infra-estruturas inclusivas tais como: instalações sanitárias de fácil utilização dentro das instalações de saúde e higiene menstrual, instalações sanitárias separadas para banhos sexuais, e vias adequadas.

O pessoal de limpeza e enfermeiros juniores foram convidados a juntar-se aos comités de QI após a formação TEACH CLEAN. A inclusão de pessoal de limpeza e enfermeiras, que são frequentemente mulheres, no comité de QI, proporcionou-lhes a oportunidade de participar nos processos de tomada de decisão, que são frequentemente dominados por médicos (principalmente homens).

A gestão dos resíduos sanitários nos hospitais municipais foi significativamente melhorada quando um Grupo de Trabalho de Saúde do Município (incluindo membros do Departamento de Administração Geral e do Departamento Municipal do Município) e um comité de QI foram bem estabelecidos e funcionaram bem.

◀ Mg Min recarrega água numa garrafa de água de um tanque de água abastecida com água potável no hospital de Lemyethna, Região de Ayeyarwady, Myanmar. Março de 2020.





▲ Os enfermeiros cuidam dos seus pacientes num dos quartos de bebé do hospital Hinthada, no município de Hinthada, Mianmar. Março de 2020.

## Conclusões e recomendações

O projecto SSBP tem sido um catalisador de mudança. Através disto, WaterAid Myanmar tem trabalhado para reforçar os mecanismos de coordenação e a capacidade dos trabalhadores da saúde para fornecer ASH de género e socialmente inclusivo no HCF.

Ao implementar projectos que visam alcançar ASH socialmente inclusivo e de género no HCF, recomendamos que o faça:

- Desenvolver a capacidade contínua de desenvolvimento e supervisão para o pessoal do projecto e partes interessadas (tais como funcionários do MoHS e pessoal do HCF) e grupos-alvo para assegurar a implementação contínua do GSI.
- Reforçar as parcerias com os direitos das mulheres group e OPD, com orçamento atribuído, e trazê-los a bordo mais cedo. Incorporá-las em formal mecanismos de coordenação para reforçar a sua influência com o Ministério da Saúde no GSI.
- Identificar e estabelecer mecanismos críticos de coordenação a todos os níveis no início do projecto (por exemplo, as reuniões regionais de advocacia foram fundamentais para influenciar a mudança a nível do HCF). Isto requer a compreensão do contexto local e da estrutura MoHS na fase de concepção da intervenção.

## Lições chave

- A criação de uma compreensão partilhada dos conceitos e abordagens de género e sociais inclusion entre os intervenientes no projecto desde o início melhorará os projectos de intervenção. A equipa do projecto também precisa de compreender como traduzir estes conceitos em mudanças mensuráveis no âmbito dos processos de concepção e monitorização.
- A criação robusta de estruturas de governação de projectos e mecanismos de coordenação acelera as actividades dos projectos, promove o envolvimento a nível nacional, regional, municipal and e de diferentes partes interessadas, e facilita uma coordenação eficaz.
- O envolvimento de grupos de direitos como parceiros mais activos desde o início permite-lhes assumir um papel mais significativo na concepção de and implementando actividades de projecto - o que leva a uma influência mais eficaz.
- Uma "abordagem de advocacia mais suave" utilizando uma comunicação informal e formal pode revelar-se uma estratégia bem sucedida quando se enfrenta a resistência governamental em questões de género e inclusão social.
- O recrutamento de um gestor de projecto que tenha um conhecimento profundo dos sistemas de saúde locais leva a uma interacção mais eficaz com vários funcionários através de múltiplos sistemas complexos.
- A harmonização da qualidade (IPC) e dos processos de melhoria do ASH é importante para assegurar o desenvolvimento atempado de infra-estruturas and renovações, compra de trabalhadores da saúde e sustentabilidade.



## Nepal

### Jornada de ASH no HCF National Aprovação padrão



#### Contexto

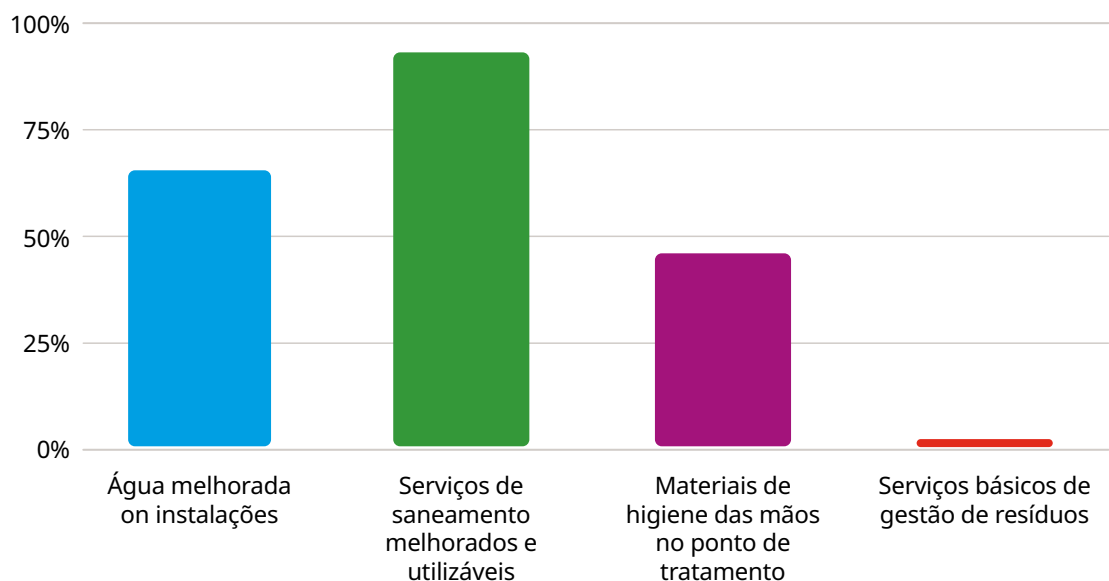
No contexto da revisão global conduzida pela OMS e pela UNICEF em 2015 sobre a importância do ASH no HCF, a Constituição do Nepal estabeleceu o "acesso à água potável e ao saneamento" como direitos humanos fundamentais. Para apoiar isto, o Ministério do Abastecimento de Água desenvolveu uma directriz de Saneamento Total para eliminar a defecação aberta e criar um ambiente onde todos, em qualquer lugar, tenham acesso às instalações de ASH. Apesar dos progressos significativos na melhoria da cobertura de saneamento básico water and no Nepal, ASH em HCF continua a ser um desafio. A figura 7 é um exemplo deste contraste, mostra como mais de um terço (36%) do HCF carece de água melhorada nas instalações, 8% não tem serviços de saneamento melhorados e utilizáveis, menos de metade (46%) tem materiais de higiene das mãos no ponto de tratamento, e apenas 1% com serviços básicos de gestão de resíduos.<sup>20</sup>

► Estas instalações de ASH inclusivas e de fácil utilização no posto de saúde de Jamuni foram construídas pela WaterAid Nepal e pelo seu parceiro de implementação Backward Society Education (BASE).



**Figura 7: Estado do ASH no HCF no Nepal**

#### Estado do ASH no HCF no Nepal



Fonte: Linha de base OMS/UNICEF 2019

20. OMS (2021). *Relatório de progresso global sobre ASH nas instalações de cuidados de saúde: Fundamentos em primeiro lugar*. Disponível em: [who.int/publications/i/item/9789240017542](https://www.who.int/publications/i/item/9789240017542) (acedido a 6 Abr 2022).

Figura 8. Linha do tempo do desenvolvimento do National Standard

## Cronologia do desenvolvimento de Normas Nacionais



### Bloqueios

Algumas das barreiras ao progresso do ASH no HCF no Nepal foram as seguintes:

- **Falta de relatórios e de dados.** Havia uma lacuna significativa em provas sobre o estado do ASH HCF, e não havia dados sobre quais as organizações que trabalhavam nesta área.
- **Falta de papéis claros.** Durante 2016, não foi atribuído nenhum organismo dentro do Ministério da Saúde e População (MoHP) para analisar o ASH na agenda do HCF. No início de 2017, foi decidido pelo MoHP dar as responsabilidades à Divisão de Gestão.
- **Falta de soluções de gestão de resíduos.** Houve um trabalho limitado em torno da gestão de resíduos sanitários, o que representa um risco para a saúde humana e ambiental.
- **Falta de normas nacionais sobre ASH no HCF.** O HCF trabalhou de acordo com as directrizes da OMS, mas não tinha normas contextualizadas a nível nacional.
- **Indicadores limitados de HCF ASH ou orientação para todos os níveis de HCF.** Havia apenas um padrão mínimo de serviço para hospitais a nível distrital, que tinham indicadores de ASH limitados.

### Abordagem

A WaterAid Nepal realizou uma avaliação de ASH em 20 HCF diferentes em três distritos, Siraha, Sindhuli e Makwanpur. Como resultado, foram geradas provas que foram depois partilhadas em diferentes fóruns do sector da saúde.

A WaterAid Nepal colaborou com a OMS para conduzir um diálogo político sobre a integração dos SDGs 3 e 6 na presença de dignitários de nível superior da MoHP, da Comissão Nacional de Planeamento e do Departamento de Abastecimento de Água e Esgotos. Durante a reunião de diálogo político, o Secretário da Saúde orientou uma discussão com a Divisão de Gestão e partilhou as provas e ideias sobre ASH no HCF.

A WaterAid Nepal, com coordenação da Divisão de Gestão, conduziu uma reunião de revisão solicitando a diferentes organizações que trabalham em ASH no HCF que partilhassem os seus planos e programas. Como resultado, um grupo de trabalho técnico (TWG) sobre ASH em HCF no Federal level no Nepal foi formado em 2017 ao abrigo do MoHP, Divisão de Gestão - com a WaterAid Nepal a actuar como secretariado.

O TWG prestou apoio técnico em drafting as Normas Nacionais para ASH em HCF e realizou as actividades de acompanhamento e advocacia necessárias para a sua aprovação. Como secretariado do TWG, a WaterAid Nepal defendeu continuamente a finalização de the National Standard e o seu endosso with MoHP numa base regular. Além disso, a resolução da WHA de 2019 sobre ASH no HCF também funcionou como um efeito amplificador para que a Norma Nacional de ASH no HCF do Nepal fosse endossada. Desde então, a Divisão de Gestão já se preparou para desenvolver um roteiro de custos para ASH em HCF.

Como resultado da advocacia contínua e seguir up, o MoHP aprovou o ASH no HCF National Standard em Julho de 2021.

O TWG formado durante o processo de desenvolvimento padrão foi activo e auto-motivado. Dois TWG paralelos foram também formed durante esse tempo - um para a gestão de resíduos de saúde e outro para ASH no HCF, ambos com membros semelhantes e edições de interrelated - a discussão em torno de merging os dois TWG está em curso. A MoHP está empenhada em desenvolver um roteiro de ASH em HCF para apoiar a implementação do ASH nos padrões nacionais de HCF. Do mesmo modo, estão também em curso programas de orientação sobre os padrões a nível provincial.

▼ Sunita Kharel é enfermeira auxiliar sénior e parteira no posto de saúde de Bhumlutaar onde foi criada uma estação de lavagem de mãos sem contacto para ajudar a impedir a propagação da COVID-19, Kavre, Nepal. Setembro de 2020.



## Lições chave

- A advocacia baseada em provas ajudou a captar a atenção das partes interessadas e dos funcionários que trabalham no MoHP para dar prioridade ao ASH no HCF.
- A coordenação e apoio regulares entre o governo e as partes interessadas também desempenharam um papel essencial para manter o interesse em trabalhar em ASH no HCF.
- A propriedade e dedicação dos intervenientes desempenhou um papel crucial na obtenção da aprovação das normas. Apesar da difícil situação política de transição durante o processo de desenvolvimento de normas nacionais, foi a motivação e a apropriação por parte do governo e dos membros do TWG que tornaram possível o endosso. Os campeões individuais dentro do MoHP são críticos e podem orientar o processo de endosso e defender o aumento da acção sobre ASH no HCF.

## Conclusões e recomendações

O endosso da Norma Nacional sobre ASH no HCF é uma história de sucesso em si mesma. As normas ajudam a identificar e a colmatar lacunas, melhorar o estado do ASH no HCF, e salvaguardar a prestação de serviços de alta qualidade.

Desde a formação do TWG até à elaboração das normas e à defesa da sua aprovação, a WaterAid Nepal tem sido uma força motriz ao longo de todo o processo.

Ao implementar o ASH nas intervenções do HCF, a nossa recomendação é para:

- Governos a envolver todos os membros do TWG no processo de implementação.
- Um plano de acção, orientação ou roteiro, juntamente com as normas orçamentais necessárias para a implementação da norma, a ser desenvolvido no início do processo.
- As normas nacionais devem ser acompanhadas por um programa de orientação e sensibilização para evitar atrasos na implementação.





# Tanzânia

## Múltiplas abordagens para aumentar ASH para resultados de saúde



### Contexto

Embora a Região de Geita seja limitada pelo Lago Vitória, através de um estudo de base determinámos que havia um acesso limitado à água no HCF e a nível comunitário nos distritos de Geita e Nyang'whale. As fontes comuns de água para residências, instalações e escolas incluíam furos sazonais, poços desprotegidos e barragens. As mulheres tinham de percorrer longas distâncias para recolher água, mesmo quando estavam grávidas. Isto era particularmente desafiante para as mulheres grávidas que não tinham outra escolha senão trazer um balde de água para a maternidade.

A falta de água e de instalações para a lavagem das mãos significava que as práticas de higiene eram difíceis de manter e o IPC impossível de sustentar. A disponibilidade e utilização de instalações sanitárias no HCF era uma área que precisava de ser abordada para melhorar a eliminação de fezes e ajudar a minimizar a transmissão de doenças. Para além destas questões práticas, era claro que a participação das mulheres na tomada de decisões era muito baixa, sendo poucas as mulheres capazes de tomar decisões sobre a sua saúde e outros assuntos domésticos.

▼ Nyaganga Juma Samuel, 37, enfermeira e parteira, mostrando Modesta Hamisi, 28, como manter o seu bebé recém-nascido confortável, Nyamalimbe Dispensary, Geita District, Tanzania. Junho de 2020.



WaterAid/James Kiyimba

### Barreiras

Através de um inquérito de base, em entrevistas aprofundadas e discussões em grupo com funcionários de district, líderes de aldeia e membros da comunidade, determinámos as seguintes barreiras:

- **Foram atribuídos fundos limitados pelos conselhos distritais para ASH no HCF** para melhorar o ASH no HCF. Por exemplo, isto significava que o orçamento anual atribuído era inadequado para assegurar que todas as instalações de saúde tivessem uma fonte fiável de água segura. Isto é parcialmente atribuído pela falta de esforços conjuntos entre o departamento de saúde e de água para defender a disponibilidade de água durante as reuniões do Conselho.
- **Fraca integração de ASH** durante o planeamento de HCF ao nível do Conselho Distrital, levando a uma fraca priorização de ASH em HCF.
- Verificámos que havia uma fraca integração de mensagens sanitárias e de higiene no âmbito do trabalho dos trabalhadores comunitários de saúde.
- **Conhecimentos insuficientes na comunidade** sobre o empoderamento das mulheres e a sua capacidade de tomar decisões para procurar e utilizar serviços de saúde fiáveis para si próprias e para as suas famílias.

## Abordagem

Implementámos o projecto "Deliver Life" da Tanzânia durante 4 anos nos distritos de Geita e Nyang'whale, que para além da construção de infra-estruturas se centrou na geração de mudança através do envolvimento com os defensores da comunidade e do governo. A entrega do projecto incluiu as seguintes actividades:

- Construção de infra-estruturas de ASH em 12 HCF, aumentando o acesso à água corrente dentro das instalações, descarga de sanitários e estações de lavagem das mãos à maternidade, salas de operações, e outras áreas dentro das instalações através do envolvimento de parceiros.
- Formação de 1906 trabalhadores de saúde comunitários e parteiras especializadas (SBA) sobre a prestação de serviços sensíveis ao género e melhores práticas em ASH.
- Identificação, formação e tutoria de 878 agentes de mudança comunitários para influenciar os pares nas práticas positivas de ASH, incluindo o impacto das desigualdades de género.
- Campanhas de sensibilização sobre os serviços de ASH disponíveis utilizando influentes e artistas locais que utilizaram uma mistura de jogos de papéis, envolvimento com mulheres e pessoas locais na sala de espera para aumentar a sensibilização sobre ASH no HCF.
- Em colaboração com a Autoridade do Governo Local, defendendo a inclusão das mulheres nos comités comunitários de água e ambiente. O antigo comité comunitário de água (COWSO) era liderado por mulheres e tinha um papel a desempenhar na manutenção e expansão das infra-estruturas de água, incluindo a utilização do fundo recolhido para expandir os serviços de água à comunidade, incluindo HCF para aumentar o número de pessoas que têm acesso à água e aumentar também a recolha.
- Orientação dos líderes locais sobre questões de ASH para uma melhor orçamentação e planeamento de ASH no HCF.

**Tabela 1. Cobertura de serviços de parto entre mulheres nascidas vivas nos dois anos anteriores à pesquisa nos distritos de Geita e Nyang'whale, na linha de base<sup>21</sup> (2016) e no final<sup>22</sup> (2020)**

	Linha de base	Endline		
	Total % (95% CI)	Geita % (95% CI)	Baleia Nyang'whale % (95% CI)	Total % (95% CI)
Parteiras qualificadas (clínico, enfermeira, parteira)	59 (51–66)	79 (73–84)	75 (70–80)	78 (74–83)
<b>Local de nascimento</b>				
<b>Início</b>	46 (39–53)	16 (12–20)	23 (17–28)	17 (14–21)
<b>Hospital</b>	15 (12–19)	13 (10–16)	16 (12–20)	14 (11–16)
<b>Clínica/centro de saúde</b>	23 (18–28)	37 (30–43)	41 (34–47)	37 (32–43)
<b>Dispensário</b>	16 (12–21)	33 (27–38)	19 (13–25)	30 (25–35)

21. Inquérito de base realizado pela DAMAX Solutions Co. Ltd com o apoio técnico e financeiro da Global Affairs Canada, Amref Health Africa e WaterAid Tanzania através da Iniciativa Canadá-África para abordar a Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil (CAIA-MNCM) Project.

22. Inquérito final conduzido pelo Instituto de Monitorização e Avaliação da Tanzânia (TIME) com apoio técnico e financeiro do Global Affairs Canada, Amref Health Africa, Christian Children's Fund of Canada (CCFC), The Hospital for Sick Children's Centre for Global Child Health (SickKids) e WaterAid através do projecto Canadá-Africa Initiative to Address Maternal, Newborn and Child Mortality (CAIA-MNCM).

## Evidência de mudança

O projecto contribuiu para uma melhoria significativa na experiência das mulheres que dão à luz os seus bebés em todos os HCF nos distritos de Geita e Nyang'whale. Por exemplo, as mulheres já não são obrigadas a trazer os seus próprios baldes de água durante o parto. Além disso, antes da intervenção, apenas 59% das mulheres inquiridas tinham uma SBA presente durante o processo de parto - essa estatística subiu para 78% após a intervenção.

Estas medidas contribuíram para melhorar o acesso aos serviços de saneamento e higiene e houve uma diminuição dos casos de sepsis.

A avaliação final do projecto indicava que a HCF incluiu as actividades do projecto nos seus planos - tais como a reparação e manutenção das infra-estruturas construídas pelo projecto. Conseguimos alcançar 729.093 membros da comunidade através de campanhas de educação e sensibilização sobre os serviços ASH disponíveis utilizando influentes locais. Como resultado da defesa através da Autoridade do Governo Local, recrutámos 247 membros do COWSO, que são comités comunitários de gestão da água e do ambiente liderados por mulheres.

## Lições chave

- A inclusão de diferentes intervenientes desde a concepção do projecto até ao seu início é muito importante para reforçar a participação, a apropriação, a sensibilização e a sustentabilidade do projecto. É particularmente importante incluir líderes políticos que são responsáveis pela atribuição de fundos governamentais. A equipa do projecto cooperou com toda a administração regional e local desde os níveis mais altos aos mais baixos, o que facilitou a compreensão do projecto e aumentou ainda mais o empenho em alcançar o objectivo do projecto.
- Uma vez que o abastecimento de água é entregue pelo COWSO à nova organização comunitária de água e saneamento (CBWSO), a capacidade institucional precisa de ser reforçada. A CBWSO é uma organização comunitária com as mesmas responsabilidades que a COWSO, mas envolve membros adicionais tais como professores, médicos, pessoal do governo. Para fins de sustentabilidade, os projectos

da CBWSO de água devem ser integrados no conselho de administração/agência operacional formal do governo (serviço público de água) para potencialmente angariar receitas para O&M e contribuir para extensões do projecto.

- A concepção técnica adequada e a construção bem sucedida de RWH pode ajudar a resolver os desafios da água em HCF ao longo do ano.
- O acesso ao ASH no HCF aumenta a confiança nos serviços de saúde para dar à luz em instalações com conforto e segurança, em oposição ao que acontece em casa.

## Conclusões e recomendações

Do nosso trabalho na região da Geita, recomendamos que os diferentes papéis dos actores sejam compreendidos e apoiados da seguinte forma:

- **O governo a todos os níveis.** O governo deve assegurar que os fundos adequados sejam atribuídos e desembolsados no escritório a nível sub nacional para cobrir os custos relacionados com O&M, renovação e expansão dos serviços de ASH no HCF. A sustentabilidade e expansão das actividades do projecto requerem o empenho do governo desde o nível nacional até aos níveis locais e outros parceiros-chave.
- **Instalação de saúde.** O comité directivo do HCF deve reunir-se regularmente para rever as suas funções e fazer um acompanhamento das instalações para assegurar que as realizações feitas em ASH no HCF são sustentadas e expandidas/replicadas.
- **Comunidade.** Recomendamos que nos casos em que a comunidade tenha responsabilidade pelo abastecimento de água, o CBWSO deve utilizar os fundos recolhidos para expandir os serviços de água à comunidade, incluindo instituições públicas como HCF. Isto aumentará o número de pessoas que têm acesso à água e aumentará as receitas para a CBWSO. A longo prazo, toda a comunidade terá acesso à água. O CBWSO deverá ter fóruns com os líderes das aldeias e organismos/agências nacionais responsáveis pela governação da água para discutir questões relacionadas com a água na respectiva aldeia, para evitar interferências e conflitos de interesses entre as organizações e assegurar que todos estão a trabalhar para o mesmo objectivo.



## Uganda

Acção de condução de provas



● Jalia Nabukeer, parteira, lavando as mãos fora do bloco de ambulatório antes de atender os pacientes no Centro de Saúde Katabi III, Distrito de Wakiso, Uganda. Fevereiro de 2022.

WaterAid/James Kyimba

### Contexto

ASH no HCF tem sido uma advocacia objective for WaterAid Uganda desde 2016, com um objectivo de mudar a narrativa nacional na sequência da resolução de 2019 da AMS. A estratégia era gerar evidências para que ASH no HCF informasse a política governamental e a normalização dos serviços - e trabalhar para melhorar a consciência do problema e atrair poderosos campeões para impulsionar o acesso nacional.

A WaterAid Uganda deu prioridade ao reforço dos dados e monitorização para manter os padrões de qualidade para ASH no HCF. No entanto, a falta de dados de base dos níveis de serviço de ASH e de orientações específicas do contexto para informar estas mudanças impediu o progresso.

### Barreiras

As principais barreiras ao progresso no ASH em HCF foram:

- **Ausência de relatórios e dados.** A falta de of de informação clara sobre lacunas no serviço levels e deficiências na gestão and o financiamento das instalações de ASH foi uma barreira major para fazer avançar a agenda de ASH no HCF. Esta falta de dados de Kampala e não só impediu o progresso efectivo na melhoria do acesso.
- **Falta de directrizes de um contexto nacional específico** para ASH de qualidade no HCF em todo o Uganda.

## Abordagem

A WaterAid Uganda implementou um processo de recolha de dados para ASH no HCF em 2018 - que cobriu uma grande área para assistir o Ministério da Saúde no planeamento baseado em dados - e utilizou-o para envolver e influenciar actores e decisores. A avaliação inicial identificou os actores, factores, lacunas e relações no fornecimento de ASH no HCF.

Até 2020, e ao registar a COVID-19 casos no Uganda, a WaterAid iniciou uma avaliação do estatuto de ASH no HCF em cidades fronteiriças; estas cidades foram afectadas como críticas para controlar a propagação do vírus no Uganda. No seguimento disto, em parceria com a UNICEF, a WaterAid Uganda apoiou o Ministério da Saúde a realizar uma avaliação nacional de ASH no HCF utilizando a ferramenta [mWater tool](#), para construir uma imagem abrangente dos dados de base.

Os dados evidenciaram uma necessidade urgente de political liderança para aumentar a escala de ASH nos serviços de HCF. A WaterAid utilizou os dias globais de ASH para envolver actores políticos de alto nível para apoiar o desenvolvimento das directrizes nacionais para ASH no HCF. Em parceria com a UNICEF, a WaterAid Uganda apoiou então o MoH a desenvolver e seguir através da aprovação of as directrizes nacionais de ASH em HCF. Este was foi alcançado facilitando reuniões de consulta nacionais e regionais e fornecendo assistência técnica para apoiar o desenvolvimento das directrizes.

▼ **Jalia Nabukeera, 29 anos, parteira inscrita, a eliminar resíduos médicos numa câmara de combustão (incinerador), Centro de Saúde Katabi III, Distrito de Wakiso, Uganda. Fevereiro de 2022.**



## Evidência de mudança

Houve um compromisso inicial estabelecido nas directrizes nacionais para aumentar a atribuição de recursos de água e saneamento, e os cuidados de saúde preventivos e promocionais em 30%. Esta afectação de recursos provém do orçamento dos Cuidados de Saúde Primários que vai para o HCF do Ministério Central da Saúde.

Apesar deste sucesso, os fundos prometidos não estão a ser atribuídos ao ASH a nível das instalações. A WaterAid Uganda está a trabalhar com parceiros locais para destacar este desafio e ajudar os gestores das instalações a planear e utilizar este financiamento para melhorar o ASH no HCF. Os resultados da avaliação de ASH em HCF desencadearam discussões entre o MISAU, a UNICEF e outros parceiros de desenvolvimento de ASH em torno do desenvolvimento de directrizes nacionais para ASH em HCF. Isto incluiu o estabelecimento de uma Equipa Tarefa Nacional do MISAU, Ministério da Água e Ambiente, WaterAid, UNICEF e USAID para liderar o desenvolvimento das directrizes.

As normas e directrizes nacionais para ASH no HCF foram desenvolvidas e validadas pelas partes interessadas. Uma vez aprovadas pelo Ministério da Saúde, o foco passará a ser a implantação e a aceitação. A liderança do MISAU e o envolvimento da Kampala Capital City Authority (KCCA) na condução do ASH na avaliação do HCF ajudou a assegurar que as provas recolhidas através do processo informassem então o conteúdo das directrizes nacionais. As directrizes ajudarão a estabelecer um padrão para o ASH no HCF e a tomar disposições para assegurar a sua adequada O&M.

## Lições chave

A catalisação da mudança no ASH em HCF foi conseguida de várias maneiras:

- **Reforço da capacidade:** Reforço da capacidade of ministérios, departamentos e agências de linha para liderar a advocacia e provas de geração de trabalho é importante para assegurar a propriedade dos dados e a sustentabilidade das acções. Ao situar o trabalho no seio de instituições mandatadas pelo governo e trabalhando em segundo plano, a WaterAid Uganda conseguiu apoiar a propriedade do governo.



◀ Tigelana Fidah, Oficial Superior de Enfermagem, obtendo água potável de um purificador de água localizado num movimentado centro de imunização infantil, Ndejje Health Centre IV, Município de Makindye Ssabagabo, Uganda. Maio de 2020.

- **Flexibilidade:** Inicialmente apenas planeado para a área metropolitana da Grande Kampala, a flexibilidade na expansão do ASH na avaliação do HCF em parceria com outros intervenientes levou a um processo mais longo – mas significou que os resultados foram detidos e accionados pelo sector.
- **Construir parcerias diversas:** Trabalhar em parceria com universidades, técnicos, decisores políticos, e aliados políticos ajudou a reforçar a voz colectiva. As universidades Emory e Makerere reforçaram a credibilidade e o rigor dos resultados - e a WaterAid forneceu a capacidade técnica e os conhecimentos especializados. O Ministério da Saúde conseguiu ampliar a avaliação e utilizar os resultados para apoiar o desenvolvimento de políticas e orientações. Os aliados políticos tinham o poder de assegurar que as novas normas e directrizes fossem adoptadas.
- **Garantir a propriedade precoce dos dados e o envolvimento:** O envolvimento das partes interessadas em todas as fases do processo ajudou a reunir o apoio dos decisores. Apresentar as provas num formato simples e adequado ao público-alvo foi fundamental para desencadear um sentido de urgência nos diferentes níveis da administração, incluindo as unidades administrativas nacionais e descentralizadas.
- **Garantia de qualidade na recolha de dados e divulgação estratégica:** A WaterAid Uganda utilizou os dados gerados para publicar provas rigorosas sobre o estado do ASH no HCF, com um enfoque sobre os resultados de saúde maternos, recém-nascidos e crianças (MNCH). A publicação de estudos em revistas revistas por pares reforçou a credibilidade da evidência e enquadrá-la em torno dos resultados da MNCH aumentou o envolvimento com os resultados.

## Conclusões e recomendações

As provas e os dados são os principais catalisadores da mudança. A WaterAid Uganda alimentou uma ampla apropriação do processo de recolha de provas entre o ministério, os campeões políticos e académicos from o início - estabelecendo um grupo diversificado de actores e decisores com a mistura certa of competências e poder.

A obtenção da adesão ao conceito antes da recolha de dados permitiu aos diversos intervenientes reconhecer a sua contribuição para a viagem, o que aumentou ainda mais o seu empenho. A co-criação do estudo com todos os intervenientes alvo exigiu um processo mais longo do que a simples recolha de dados. Trabalhar desta forma foi mais eficaz do que publicar os resultados da avaliação e depois procurar o empenho e a aceitação dos resultados em escala. O envolvimento dos decisores com o poder de influenciar ASH significou que a WaterAid Uganda foi capaz de assegurar que a política e a orientação nacionais fossem impulsionadas por provas. A WaterAid Uganda recomenda:

- Os decisores devem estabelecer planos e acções colectivos para colmatar as lacunas de serviços relacionados com o ASH.
- Os actores de ASH e HCF devem colaborar para gerar provas, alavancar as respectivas competências, e reforçar a propriedade e o compromisso de agir com base nos resultados.



## Zâmbia

### Género e inclusão social no ASH no HCF



#### Contexto

A WaterAid Zâmbia, as suas partes interessadas do sector partners e de implementação, realizaram vários inquéritos de avaliação para ASH no HCF que salientaram a necessidade extrema de melhorar os serviços de ASH nestes ambientes. Além disso, as estatísticas nacionais<sup>23</sup> mostram que pelo menos 60% do HCF fornece menos do que um serviço básico de água, 7% das instalações não têm casa de banho e algumas não dispõem de serviços de ASH.<sup>24</sup>

A falta de serviços de ASH no HCF tem um impacto particular na capacidade e vontade das mulheres grávidas, pessoas idosas e pessoas com deficiência de aceder aos serviços do HCF que estão sujeitas à indignidade de utilizar instalações sujas, inseguras e sem privacidade, e alguns receiam contrair uma infecção devido a um IPC deficiente. Isto pode levar ao risco de mais complicações de saúde devido a atrasos no acesso ao tratamento atempado.

▼ Olice Namuswa, a faxineira do Sinde Rural Health Center prepara-se para lavar a roupa do hospital num ponto de água público. Distrito de Kazungula, Zâmbia. Outubro de 2018.



#### Barreiras

No início do projecto ASH in HCF da WaterAid Zâmbia, identificámos as seguintes barreiras:

- O Ministério da Saúde, tem providenciado advocacia de alto nível e liderança para assegurar que o ASH no HCF receba a atenção necessária. No entanto, o ASH no HCF não é muitas vezes considerado prioritário a nível das instalações, o que leva à falta de planos e orçamentos adequados para serviços sustentáveis.
- O acesso inclusivo ao ASH foi tratado como um suplemento opcional nas normas e políticas para ASH no HCF.
- A falta de desenhos padrão a nível local levou a infra-estruturas ASH inconsistentes, e por vezes de má qualidade.
- Havia lacunas entre a política e a prática. Por exemplo, quando o Ministério da Saúde prometeu o seu empenho no fornecimento de instalações sanitárias acessíveis, muitos empreiteiros não possuíam as competências e experiência necessárias para atingir este objectivo.
- Havia conceitos errados de que o ASH inclusivo no HCF significava concentrar-se em tipos específicos de deficiências - o que significa que não foram tomadas disposições para outros tipos de deficiências como a deficiência visual e o autismo. Isto foi provavelmente causado por dados insuficientes em torno da concepção universal, e pela exclusão de pessoas com deficiências e OPD na tomada de decisões em torno do ASH no HCF.

23. OMS/UNICEF (2019). *Programa Conjunto de Monitorização*. Disponível em: [ASHdata.org/](https://ashdata.org/) (acedido a 29 Mar 2022).

24. OMS/UNICEF/JMP (2019). *ASH in Health Care Facilities Global Baseline Report 2019*. Disponível em: [unwater.org/app/uploads/2019/05/JMP-2019-wash-in-hcf.pdf](https://unwater.org/app/uploads/2019/05/JMP-2019-wash-in-hcf.pdf) (acedido a 25 Mar 2022).

## Abordagem

WaterAid Zâmbia está a implementar um projecto em instalações de saúde até 2023 com o apoio do The Leona M. e Harry B. Helmsley Charitable Trust. O projecto visa 60 HCF em quatro distritos de Mwandí e Sesheke na província ocidental, Kazungula e Monze na província meridional, para desenvolver modelos de qualidade e inclusivos para WASH no HCF.

Foram construídas parcerias com comunidades, organizações de base comunitária e uma vasta gama de agências governamentais para assegurar que as necessidades fossem compreendidas e as instalações mantidas. Por exemplo, a WaterAid Zambia estabeleceu um memorando de entendimento com a Zambia Alliance for People living with Disabilities (ZAPD) para avaliar a acessibilidade das instalações, identificar áreas de melhoria, e assegurar que os padrões nacionais eram devidamente inclusivos. O projecto desenvolveu então instalações modelo que demonstraram como estes padrões poderiam ser aplicados na prática.

Os mecanismos de responsabilização, incluindo a mobilização e o desenvolvimento de capacidades/qualificações através de uma abordagem baseada nos direitos humanos nas estruturas comunitárias existentes - como os grupos de apoio das mães e os comités de saúde dos bairros - assegurarão que as comunidades sejam capazes de responsabilizar os portadores de obrigações e que todas as instalações cumpram as normas nacionais.

## Evidência de mudança

O projecto está em curso, mas após dois anos já estamos a assistir a provas emergentes de mudança. Temos observado um aumento da frequência do HCF para a saúde materna e OPD (departamento de ambulatório).

Após dois anos, através de exercícios de verificação de resultados, observámos que a qualidade, inclusividade e consistência do ASH no HCF visado foi melhorada utilizando ferramentas práticas. Desenvolvemos ferramentas práticas que permitiram aos interessados adoptar uma abordagem sistemática e consistente em todas as HCF e integrámos estas ferramentas nos sistemas existentes. Por exemplo, para o processo de concepção, construção e entrega, foi utilizado um conjunto de ferramentas e listas de verificação para abordar o acesso de todos em todas as fases. Estas listas de verificação foram ligadas ao processo de certificação e pagamento - isto ajudou a assegurar que os empreiteiros atingissem os seus objectivos de tornar os serviços de ASH no HCF inclusivo e acessível. Trabalhámos com vendedores e parceiros para compreender os padrões mínimos de qualidade através de workshops sobre padrões de qualidade, que visavam operacionalizar os padrões.

Através da construção de instalações modelo para ASH em HCF que satisfazem as necessidades das comunidades, conseguimos demonstrar um exemplo de ASH de qualidade e inclusivo em HCF. Estes HCF foram utilizados como uma ferramenta de visualização, e através de visitas às instalações, os parceiros chegaram a compreender as preocupações de acessibilidade e a obter uma



◀ Sheila Ngwenya, a Enfermeira Responsável do Centro de Saúde Rural do Sinda, que não tem água corrente limpa. Distrito de Kazungula, Zâmbia. Outubro de 2018.



visão prática sobre como conseguir um acesso inclusivo a ASH no planeamento, concepção e construção. As provas geradas através do projecto contribuíram para o desenvolvimento de normas nacionais para o ASH inclusivo em HCF. Apoiámos o MoH, para desenvolver normas para ASH em HCF e a adaptação de ASHFIT a uma ferramenta nacional de avaliação de ASH em HCF. As normas e ferramentas foram desenvolvidas para permitir uma avaliação mais realista do HCF para uma melhor prestação de serviços de saúde e redução das infecções associadas aos cuidados de saúde. O Memorando de Entendimento WaterAid estabelecido com ZAPD tem sido fundamental para assegurar que as normas nacionais respondem às necessidades das pessoas com deficiência. Tem havido mais actividades de sensibilização centradas nas mulheres e raparigas empreendidas a nível do HCF.

## Lições chave

Operamos uma iteração contínua de ASH na programação do HCF e continuamos a compilar a aprendizagem chave numa base contínua, [ver este recente relatório de aprendizagem para mais detalhes](#):

- É crucial compreender as relações e dinâmicas de poder dentro de cada comunidade e envolver-se com grupos representativos. Consultamos estruturas de nível facilitador - tais como os Grupos de Acção para a Maternidade Segura (SMAG), Comitês de Saúde de Vizinhança (NHC), Organizações de Pessoas com Deficiência (DPOs) e utilizadores de serviços. Isto permitiu-nos assegurar que criámos serviços de ASH no HCF que eram inclusivos e satisfiziam as necessidades de cada comunidade.
- As ferramentas para alcançar um acesso inclusivo ao ASH podem ajudar a garantir que os padrões nacionais são alcançados com coerência e qualidade de implementação. Ferramentas de ligação como listas de verificação a processos de certificação e pagamento podem dar incentivos adicionais aos contratantes para garantir que os serviços de ASH em HCF são totalmente inclusivos.
- O processo consultivo com todas as partes interessadas, incluindo ministérios de tutela do governo nacional, autoridades locais e comunidades, ao longo da concepção do projecto, gera propriedade e resultados sustentados.
- Ao longo de todo o período do projecto, desenvolver e aproveitar as ferramentas, competências e experiência existentes de vendedores e membros da comunidade para a realização bem sucedida dos resultados.

## Conclusões e recomendações

A parceria com organizações baseadas na comunidade, agências governamentais e DPOs assegura que as necessidades dos utilizadores são plenamente compreendidas. A parceria da WaterAid Zâmbia with ZAPD significou que as instalações de auditoria de acessibilidade of informaram o desenvolvimento de normas nacionais.

Com base nos sucessos deste projecto, para assegurar resultados sustentados e inclusivos, recomendamos:

- Os doadores devem afastar-se de abordagens 'projectadas' pontuais, e em vez disso concentrar-se no reforço do sistema em todos os componentes necessários para sustentar ASH inclusivo no HCF.
- Os governos e as ONGs devem reforçar a capacidade do pessoal de saúde para gerir os serviços de ASH - com formação em passos práticos, procedimentos de apresentação de relatórios e gestão financeira - para assegurar que os serviços de ASH e os resultados de comportamento são mantidos.
- Os governos e as partes interessadas devem colaborar e estabelecer parcerias com as OPD para ensure As normas nacionais e locais incluem todas as deficiências e os aspectos da concepção universal são considerados ao longo da implementação.
- Uma Ferramenta de Avaliação de ASH em HCF desenvolvida com base em padrões internacionais deve continuar a ser aplicada pelo Governo para monitorizar e recolher provas e clareza sobre a acessibilidade de HCF em toda a Zâmbia.
- Todos os interessados devem considerar o acesso inclusivo a ASH como parte integrante de todas as iniciativas e normas para ASH no HCF. Ao longo das colaborações, concepção de instalações, implementação e conversas em torno de normas nacionais, a inclusão deve ser considerada um requisito central e indispensável para ASH no HCF.
- Todas as partes interessadas devem continuar a desenvolver a capacidade dos grupos comunitários, de modo a poderem responsabilizar e exigir ASH de qualidade e inclusivo no HCF. Os detentores de direitos devem encorajar e responder às vozes da comunidade através das estruturas existentes, tais como fóruns de conselhos.

# 5 Conclusões



● Oumou Traore, Matron, no Centro de Saúde de Diaramana, Cercle de Bla, Região de Segou, Mali. Abril de 2018.



## Conclusão

O ASH no HCF sustenta muitos resultados de saúde e é essencial para a realização da UHC. Durante demasiado tempo, a falta de ASH seguro e sustentável no HCF resultou na propagação de doenças e em maus resultados para a saúde. Cria ambientes inseguros para os trabalhadores da saúde e os seus pacientes e conduz a uma fraca resiliência aos choques climáticos e de saúde. Compreender as barreiras específicas do contexto para o progresso em ASH no HCF é essencial para desenvolver abordagens e soluções eficazes para melhorar o ASH e os resultados de saúde.

Partilhando lições do nosso trabalho sobre ASH em HCF, esperamos suscitar a discussão e o debate sobre vias eficazes para aumentar urgentemente o ASH em HCF. Temos uma nova estratégia organizacional global na qual continuaremos a dar prioridade ao nosso trabalho com o sector da saúde para aumentar a propriedade de ASH no HCF e promover acções trans-sectoriais para pôr fim a esta crise. Ao abrigo desta nova estratégia global, continuamos empenhados em aprender com o nosso trabalho (e outros), e a continuar a partilhar as nossas lições e análises.

Esta secção consolida as nossas lições sobre abordagens ao reforço do sistema e à garantia do progresso em ASH no HCF em diferentes contextos nacionais. Também fazemos recomendações a ASH e partes interessadas na saúde sobre as medidas a tomar para promover a mudança.

▼ Younoussa Samake é o Director Técnico do Centro de Saúde de Bogoni, que dispõe agora de água limpa, casas de banho decentes e instalações de higiene no local. Distrito de Bla, região de Segou, Mali. Outubro de 2019.

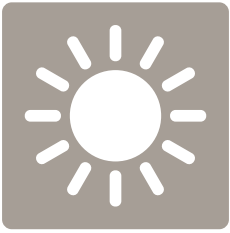


## Lições chave

Os sistemas de saúde são caracterizados por complexidades e interações entre diferentes actores e factores. Os actores da saúde e do ASH concordam ambos sobre a importância do reforço dos sistemas, contudo, em última análise, as actividades de reforço dos sistemas devem resultar em melhores níveis de serviço e de prestação - com enfoque nas pessoas e melhores resultados de saúde. É importante manter o foco neste aspecto ao considerar as lições do reforço do sistema.

Embora todos os contextos nacionais sejam diferentes, identificámos lições comuns dos diferentes países em que trabalhamos. Da nossa experiência, concluímos que as seguintes acções por parte do governo e parceiros são cruciais para alcançar progressos a nível nacional sobre ASH no HCF:

- 1. Mapear e compreender as prioridades e limitações do sistema de saúde existente**, modalidades de prestação de ASH, objectivos, políticas, economia política, organização do sistema de saúde e sistemas de prestação de serviços desde o início. Isto identificará bloqueios e as prioridades e contextualizará planos e agendas de reforma para reforçar o sistema de saúde.
- 2. Os parceiros devem envolver-se e apoiar o governo a múltiplos níveis para a tomada de decisões e acção** para assegurar a propriedade contínua de melhorias. Saber a que níveis as acções e decisões podem acontecer e ser específicas às instalações e aos níveis distritais ou regionais e nacionais. Por exemplo, visando os decisores a nível distrital sobre como os recursos a nível distrital são planeados e comprometidos, e apoiar a utilização de dados para tal.
- 3. Explorar e definir objectivos comuns** em todo o ASH, saúde e outros sectores. Trabalhar com as partes interessadas para mapear incentivos e aproveitá-los para garantir que os sectores trabalhem em conjunto e alcancem objectivos comuns.
- 4. Apoiar mecanismos e processos de desenvolvimento de capacidades para a mão-de-obra da saúde e do ASH e pessoal do governo.** Melhorar as competências e capacidades para desenvolver e implementar directrizes e padrões equitativos e sustentáveis de ASH no HCF. Desenvolver a capacidade do governo, da força de trabalho da saúde e da comunidade relevante para ASH no HCF (por exemplo, dentro do IPC, financiamento, mudança de comportamento higiénico, género e inclusões sociais e O&M).
- 5. Gerar e utilizar provas e dados específicos de cada país e contexto** para informar o planeamento, a tomada de decisões e a implementação baseados em provas. Utilizar métodos que identifiquem o acesso a serviços, sistema e determinantes individuais de ASH pobre, comportamentos - tais como o uso de monitorização harmonizada (por exemplo, ASH FIT) - abordagens centradas no comportamento, recomendações dirigidas desde a instalação a nível nacional, investigação operacional e aprendizagem. Recolher dados regularmente na monitorização para utilização no planeamento, tomada de decisões e correcção de cursos. Assegurar que recomendações e normas claras, dirigidas da instalação para o nível nacional, sejam retiradas de provas e dados, e continuar a apoiar a investigação operacional e a aprendizagem.
- 6. Apoiar a concepção baseada em provas de ASH sustentável e resistente ao clima em modelos de fornecimento e gestão de HCF** para ajudar a identificar determinantes comportamentais e ambientais específicos do contexto. Isto incluirá, por exemplo, trabalhar com instalações para melhorar os serviços e comportamentos de ASH - tais como melhorias de infra-estruturas e incorporação de mudanças de comportamento sustentáveis (comportamentos ligados à higiene das mãos, sanitários, água, higiene alimentar, gestão de resíduos, limpeza ambiental e IPC) do pessoal de saúde e dos utilizadores dos serviços de saúde. Estes podem então ser utilizados como modelos para defender a mudança à escala.



► Roupa de cama do Centro de Saúde Rural do Sinde a ser seca após lavagem. Distrito de Kazungula, Zâmbia. Outubro de 2018.



7. **Assegurar a coordenação multisectorial entre as partes interessadas na saúde e ASH** através do governo e ministérios, envolvendo múltiplos actores e a múltiplos níveis - incluindo investigadores/academia, agências da ONU, ONG, OSC, comunidades, comités de saúde comunitários existentes e grupos de profissionais de saúde. Apoiar as partes interessadas a permanecer activamente envolvidas nos processos de tomada de decisão conjunta, melhor planeamento e orçamentação, alinhando a acção para maximizar o impacto, a responsabilização e a sustentabilidade.
8. **Trabalhar com comunidades para apoiar e reforçar mecanismos eficazes de feedback e responsabilização** que trabalham com estruturas comunitárias existentes e são culturalmente apropriados e aceitáveis, e inclusivos de grupos que são marginalizados. Trabalhar com o HCF e decisores para responsabilizar os detentores de direitos humanos pela saúde, água e saneamento.
9. **Adoptar uma abordagem centrada nas pessoas** e abordar os obstáculos à aceitação de serviços. Manter uma abordagem sem deixar ninguém para trás e baseada nos direitos humanos no âmbito dos esforços para melhorar o ASH no HCF. Isto significa apoiar uma consulta significativa, participação e liderança por grupos tais como OPD, comités de aldeia e grupos de mulheres. Assegurar cuidados centrados nas pessoas, sustentados por serviços de ASH adequados que satisfaçam as necessidades de todos os utilizadores dos serviços de saúde.
10. **Apoiar todos os esforços com enfoque em abordagens equitativas, socialmente inclusivas e sensíveis às questões de género.** Isto pode ser conseguido através da focalização dos esforços onde o acesso ao ASH e aos serviços de saúde é mais pobre. Envolver as comunidades, a mão-de-obra da saúde e os utilizadores dos serviços - especialmente mulheres e grupos que são marginalizados - na responsabilização e participação na tomada de decisões. Assegurar que as infra-estruturas e os programas de mudança de comportamento satisfazem as necessidades de todos, independentemente do seu sexo, idade ou capacidade. Reconhecer a dependência da força de trabalho da linha da frente dos membros do pessoal que são mulheres e assegurar que as suas necessidades de ASH são satisfeitas de forma segura e de forma a apoiar o seu trabalho e bem-estar.
11. **ONG, sociedade civil, saúde e parceiros de ASH devem defender a nível local, sub-nacional e nacional** a priorização, financiamento, prestação e manutenção dos serviços de ASH em todos os HCF. Os governos devem integrar estas acções em todos os esforços de saúde todos os esforços de saúde, incluindo saúde materna, infantil e neonatal, IPC, direitos de saúde sexual e reprodutiva (SRHR) AMR, segurança sanitária, preparação e resposta a pandemias, qualidade dos cuidados e UHC.
12. **Convocar revisões regulares do progress de esforços de reforço do sistema de saúde,** formular e agir reformas correctivas, estabelecer metas e partilhar aprendizagem e investigação sobre o que funciona para as comunidades e a nível de instalações, subnacionais, nacionais e globais.

# Chamada para a acção

**A nossa experiência global de trabalho com governos, parceiros e comunidades para melhorar o ASH no HCF prova que é possível um progresso significativo. Apelamos à saúde e aos decisores de ASH para que se comprometam agora a reforçar os sistemas de saúde, assegurando melhorias sustentáveis e inclusivas de ASH em todos os ambientes de cuidados de saúde.**

**Isto requer empenho e acção por parte de governos, financiadores, profissionais de saúde e de ASH, outras ONG e da sociedade civil. As prioridades das acções para assegurar o progresso de ASH no HCF são delineadas abaixo:**

## Os governos nacionais e locais liderados pelo MoH, deveriam:

- Desenvolver, implementar e actualizar regularmente estratégias nacionais de custos de ASH em HCF para assegurar que cada HCF tenha um abastecimento de água adequado, seguro e fiável; sanitários seguros e acessíveis para doentes e pessoal de todos os géneros, idades e capacidades; boas instalações de higiene das mãos (com sabão e água e/ou fricção das mãos à base de álcool); limpeza de rotina e eficaz; e gestão segura de resíduos. Integrar objectivos de ASH nos serviços e comportamentos de HCF nas políticas e estratégias para todas as prioridades de saúde relevantes.
- Estabelecer e implementar normas e directrizes mínimas nacionais transparentes para ASH em ambientes de cuidados de saúde e procurar mover os níveis de serviço para além dos níveis básicos de ASH para alcançar níveis avançados de serviço e infraestrutura de ASH definidos a nível nacional.
- Reforçar a coordenação nacional e sub-nacional entre os ministérios responsáveis pela saúde, finanças e ASH para assegurar o financiamento adequado para apoiar a prestação de todos os aspectos de ASH em todo o sistema de saúde.
- Investir numa mão-de-obra de saúde suficiente e bem treinada com as competências necessárias para abordar as questões de ASH, incluindo os comportamentos ASH. Isto inclui fortes programas de educação e formação pré-serviço e contínua em serviço para todos os níveis de pessoal.

- Integrar o ASH nos indicadores de HCF nos mecanismos de monitorização nacionais e subnacionais existentes (por exemplo, MIS Saúde e/ou MIS Abastecimento de Água), e utilizar dados para dar prioridade ao investimento, manutenção e reabilitação e rastrear os componentes de ASH no sistema de saúde.
- Apoiar mecanismos de responsabilização eficazes e com capacidade de resposta liderados pelos cidadãos para assegurar a aplicação de padrões equitativos de ASH no HCF.

## As agências doadoras e as instituições financeiras internacionais deveriam:

- Dar prioridade ao ASH no HCF nas estratégias de saúde e mecanismos de financiamento, especialmente os ligados à saúde materna, infantil e neonatal, IPC, direitos de saúde sexual e reprodutiva (SRHR) AMR, segurança sanitária, preparação e resposta a pandemias, qualidade dos cuidados e UHC.
- Conceber financiamento flexível para apoiar e incentivar os sistemas de saúde liderados pelo governo, reforçando os esforços que dão prioridade e visam ASH. Isto inclui mudanças de comportamentos, serviços, políticas e estratégias, processos de monitorização e tomada de decisões, atribuição e coordenação de recursos, e arranjos institucionais. Os processos de gestão organizacional e os requisitos de relatórios dos doadores devem permitir uma gestão adaptativa dos programas.

- Alinhar o financiamento para apoiar abordagens a nível do sistema e fornecer roteiros e estratégias nacionais de custos para ASH em HCF, incluindo o incentivo aos governos para contribuírem para o financiamento nacional de ASH em melhorias e manutenção de HCF.
- Apoiar abordagens que dêem poder às mulheres e raparigas e às comunidades locais, e ajudem a incorporar mecanismos de responsabilização centrados na comunidade e nos pacientes.

## Os profissionais da saúde e do ASH, as ONG e a sociedade civil deveriam:

- Apoiar as comunidades a responsabilizarem-se pela saúde e pelos detentores de direitos de ASH e pela inclusão nas actividades de tomada de decisão no sentido de serviços acessíveis e inclusivos para todos.
- Esforços directos no sentido de reforçar todo o sistema de saúde para fornecer uma programação integrada e holística e melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.
- Facilitar fortes grupos de trabalho nacionais e subnacionais intersectoriais para assegurar que todo o trabalho de ASH no HCF se alinha com e fortalece os esforços governamentais de saúde, prestação de serviços e mudança de comportamento no HCF.
- Investir tempo na compreensão do contexto e na construção de relações para ter um entendimento comum dos principais intervenientes, barreiras, dinâmicas de poder, pontos de entrada eficazes, acção e mudança.
- Reunir exemplos e provas de ASH no financiamento do HCF para apoiar o desenvolvimento e financiamento de estratégias nacionais e distritais avaliadas no âmbito do planeamento e financiamento mais amplo da saúde.
- Apoiar a coordenação e o plano de ASH e saúde para um envolvimento sustentado, trabalhando em parceria com governos, comunidades e partes interessadas em ASH e saúde ao longo do tempo.
- Dar prioridade à recolha e partilha de lições práticas. Promover uma cultura de revisão regular, reflexão e adaptação (interna e externa), e encorajar a partilha de desafios e fracassos, bem como sucessos.



Um estabelecimento de saúde sem ASH não deve ser chamado de estabelecimento de saúde.<sup>25</sup> Os sistemas de saúde que não asseguram serviços e comportamentos ASH adequados para manter padrões de cuidados de qualidade não podem ser considerados preparados ou resilientes a futuros choques climáticos e de saúde ou capazes de permitir que os doentes permaneçam seguros, dignos e saudáveis.

As abordagens convencionais de reforço do sistema de saúde nem sempre envolvem uma análise detalhada das barreiras sistémicas ao ASH nos níveis de serviço do HCF ou uma acção dedicada sobre esta questão. Contudo, compreender e abordar as barreiras e lidar com a complexidade é essencial para assegurar uma mudança específica do contexto - particularmente para a prestação de serviços da linha da frente. A nossa experiência de trabalho directo com HCF e com todos os níveis de governo salienta a importância de combinar esforços mais amplos para melhorar os serviços de ASH em HCF com esforços para reforçar os sistemas relacionados.

Este relatório salienta uma necessidade séria de reforçar os mecanismos de responsabilização, melhorar a liderança, a coordenação e o planeamento, rastrear e direccionar o financiamento, e dismantelar as barreiras sociais que excluem as pessoas de reivindicarem o seu direito a cuidados de saúde de qualidade. Nenhum destes elementos é novo para o ASH ou para os sectores da saúde. Contudo, o reforço do sistema proporciona um meio de compreensão onde e quando estas acções são necessárias para alcançar a mudança e o impacto sustentado.

Acreditamos que o reforço do sistema para um ASH inclusivo e duradouro no HCF, tal como descrito neste relatório, transformará a experiência e qualidade dos cuidados de saúde das pessoas e criará confiança e resiliência nos sistemas de saúde. Também conduzirá a resultados melhores, duradouros e mais inclusivos para a saúde e cuidados de saúde seguros e dignos.

<sup>25</sup> Citado pela Dra. Maria Neira, Directora de Saúde Pública e Ambiente, Organização Mundial de Saúde.



WaterAid/Farzana Hossen



◀ Nahida Aktar é uma CHCP que trabalha na clínica comunitária Saharbari, Gangni, Meherpur, Bangladesh. Outubro de 2019.

## Agradecimentos

Este relatório não teria sido possível sem as contribuições dos seguintes autores: Nurullah Awal, Imamur Rahman (WaterAid Bangladesh); Naisim Sum, Vouchnea Tang, Senghort Ret, Sophep Chat (WaterAid Camboja); George Yorke, Fauzia Aliu (WaterAid Ghana); Arundati Muralidharan, Aanand Kumar (WaterAid Índia); Lloyd Mtalimanja, Moyna Mwenye, Chisomo Madula, Natasha Mwenda, Russell Tembo, Francis Chipanda, Chandiwira Chisi (WaterAid Malawi); Issaka Sangaré, Mahamane Touré, Aly Sow (WaterAid Mali); Min Ko Ko Ko, Wai Yee Kyaw, Peter Pau Za Dal (WaterAid Myanmar); Upama Adhikari, Khakindra Bhandari (WaterAid Nepal); Cipriano do Rosario Pacheco, Edmund Weking e Livia Da Costa (WaterAid Timor-Leste); Lillian Nabasirye (Uganda); Gloria Kafuria, Upendo Mntambo, Christina Mhando (WaterAid Tanzania); Davy NgOma, Pamela Chisanga (WaterAid Zâmbia); Bernice Sarpong (WaterAid Austrália); Connie Benjamin, Helen Hamilton, Kyla Smith, Megan Wilson-Jones (WaterAid Reino Unido).

Graças aos nossos revisores internos Abdul-Nashiru Mohammed, Andreas Berglöf, Annie Msosa, Arundati Muralidharan, Bernice Sarpong, Chelsea Huggett, Danielle Heiberg, Ellen Greggio, Erik Harvey, Hannah Crichton-Smith, Julie Truelove, Eleanor Lucas, Monique Narracott, Naisim Sum, Om Prasad Gautam, Priya Nath e os nossos revisores externos Arabella Hayter, Alison Macintyre, Maggie Montgomery e Molly Patrick.

Dedicamos este relatório e mostramos a nossa solidariedade para com os trabalhadores da saúde, os trabalhadores da limpeza e do saneamento. Juntos, o vosso trabalho garante-nos cuidados seguros, limpos e dignos nas instalações de saúde. Obrigado.

**A WaterAid é uma organização internacional sem fins lucrativos, determinada a tornar a água limpa, casas de banho decentes e uma boa higiene normal para todos, em todo o lado dentro de uma geração. Só enfrentando estes três aspectos essenciais de forma a que as pessoas possam mudar as suas vidas de uma vez por todas.**

