

ESTABELECIMENTO DE PLANOS DE CARREIRA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – MODELOS E PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES

RESUMO TÉCNICO DO LHSS

Outubro de 2023

Haile, Mignote, Kate Greene, Mekdelawit Bayu, Haley Morris e Cara Thompson. O Projecto de Sustentabilidade do Sistema de Saúde Local (LHSS, Local Health System Sustainability) no âmbito do IDIQ dos Sistemas Integrados de Saúde da USAID. Outubro de 2023. *Estabelecimento de Planos de Carreira para Agentes Comunitários de Saúde – Modelos e Principais Considerações*. Rockville, MD: Abt Associados.

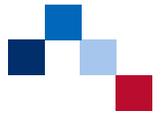
I. Introdução

Verifica-se uma dinâmica renovada no reforço dos cuidados de saúde primários como pedra angular de sistemas de saúde resilientes e da cobertura universal de saúde. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são essenciais para desbloquear todo o potencial da atenção primária à saúde, com mais de três milhões de ACS prestando serviços essenciais a nível comunitário em Países de Baixa e Média Renda (PBMR) (LMIC, Low- and Middle Income Countries).^{1,2}

Os ACS contribuem para a equidade de cuidados de saúde primários, muitas vezes servindo como prestadores de serviços na linha da frente para populações carenciadas, marginalizadas e de difícil acesso. Estes agentes servem como uma ponte entre as comunidades e as unidades sanitárias, apoiando as referências, melhorando a continuidade do cuidado e promovendo o comportamento de busca de saúde de maneira culturalmente apropriada.^{3,4} Os ACS também são quadro ágil e responsivo que desempenhou papéis vitais na consciencialização, mobilização comunitária, rastreamento de contatos e recolha e comunicação de dados durante os surtos da COVID-19 e do Ébola como parte dos planos nacionais de resposta.^{5,6}

No entanto, apesar do valor dos ACS na prestação de cuidados de saúde primários acessíveis, económicos e centrados nas pessoas, as suas funções são frequentemente codificadas de forma vaga e incoerentemente remunerada e deficientemente integrados nos sistemas formais de saúde. Cerca de 50% dos ACS em PBMR são voluntários e recebem pouca ou nenhuma remuneração.⁷ Os ACS também carecem de vias para a progressão na carreira, o que contribui para a baixa satisfação no trabalho, desmotivação e desgaste. Estes são os principais desafios para os países que dependem de cuidados de saúde primários e sistemas de saúde comunitários para expandir a cobertura de serviços essenciais e fortalecer a preparação para futuras pandemias.

Como parte do esforço global para melhor reconhecer, apoiar e formalizar os ACS como profissionais de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a focalização em planos de carreira para melhorar a integração e a otimização dos programas dos ACS.⁸ O Apelo à Ação da Monróvia 2023, que surgiu do 3º Simpósio Internacional de ACS na Libéria, ecoa essa necessidade de oportunidades de progressão na carreira como parte da profissionalização dos ACS – juntamente com



remuneração justa, formação e supervisão adequadas, bem como acesso a suprimentos e equipamentos necessários para prestar serviços essenciais.⁹ Ainda assim, existem poucos programas que integram os ACS nos sistemas nacionais de saúde e estabelecem vias de progressão de carreiras. Isso, por sua vez, limita as evidências e a aprendizagem em torno da concepção e operacionalização da progressão das carreiras para os ACS.

O Projeto de Sustentabilidade do Sistema de Saúde Local da USAID (LHSS) está a implementar uma atividade multifásica para abordar essas lacunas de conhecimento. O projeto tem os seguintes objetivos:

- **Fase 1:** Analisar, documentar e destacar evidências sobre a concepção e a implementação de modelos de progressão de carreira para ACS e o seu impacto na motivação e retenção
- **Fase 2:** Fornecer assistência técnica baseada em evidências e contextualmente adaptada para apoiar as oportunidades de progressão de carreira dos ACS em três LMIC
- **Fase 3:** Contribuir para a base de conhecimento global sobre as trajetórias profissionais dos ACS, disseminando os resultados e promovendo o uso dessas evidências em políticas e práticas

O trabalho do LHSS nesta área segue os objetivos da USAID para a construção de sistemas de saúde resilientes de alto desempenho e apoia a Iniciativa Global de Trabalhadores da Saúde do Governo dos EUA, que pede investimentos crescentes e sustentados para melhor profissionalizar os ACS em apoio à Agenda de Desenvolvimento Sustentável.¹⁰

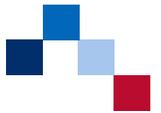
Também contribuirá com evidências e aprendizagem para a Iniciativa de Impacto Primário da USAID com vista a uma abordagem integrada e harmonizada dos cuidados de saúde primários.¹¹

Este resumo técnico sintetiza os resultados da primeira fase do trabalho do LHSS. Este documento reúne os resultados de uma análise documental, de uma reunião de peritos e de entrevistas aos principais informadores

que exploraram os êxitos, os desafios e as práticas promissoras de países que estão atualmente a conceber ou a implementar percursos profissionais para ACS. Como parte deste inquérito, o resumo identifica considerações de sistemas para a progressão na carreira dos ACS, incluindo educação e formação da mão de obra em saúde, regulação e política, gestão e financiamento.

O resumo destina-se a 1) servir como um recurso baseado em evidências para a assistência técnica do LHSS aos países parceiros na segunda fase da atividade, e 2) informar os tomadores de decisão dentro dos PBMR e a comunidade de saúde global mais ampla que trabalha no projeto e implementação para a progressão na carreira dos ACS, incluindo formuladores de políticas, gestores de programa e financiadores. O LHSS planeia uma série de resumos de destaque sobre esse tema na fase 3 da atividade, que sintetiza a aprendizagem da sua assistência técnica da fase 2 e explora as considerações para a progressão na carreira dos ACS em maior profundidade.

Ao redigir este resumo, o LHSS reconhece a falta de uma definição normalizada para os ACS e a existência de diferentes tipologias de ACS entre os países, dependendo do seu papel, nível de escolaridade e remuneração. Embora o LHSS esteja a utilizar a definição de ACS da OMS¹², este resumo considera evidências que referenciam a progressão na carreira e a profissionalização, independentemente da tipologia, para captar a amplitude das evidências existentes sobre a progressão na carreira no contexto da motivação e retenção dos ACS. Nomeadamente, a análise documental revelou artigos relacionados com os ACS e a progressão na carreira, que variavam entre trabalhadores comunitários de saúde voluntários com alguma educação formal e ACS assalariados que concluíram um programa de ensino secundário e pelo menos um ano de formação formal. A caixa I reflete a definição do LHSS relativamente aos principais termos para os objetivos desta síntese.



Caixa 1: Definição operacional dos principais termos do LHSS

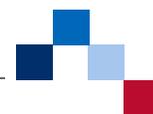
Agentes comunitários de saúde: prestadores de cuidados de saúde que vivem na comunidade a que servem e recebem níveis mais baixos de educação formal e formação do que outros profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos.

Profissionalização*: processos de formalização dos ACS como quadros da saúde com valores e papéis profissionais distintos. Pode incluir o estabelecimento de requisitos pré-serviço, descrições de cargos, estruturas de supervisão e orientação, análise de desempenho e desenvolvimento profissional e de carreira.

Plano de carreira*: sequência claramente definida e estabelecida de cargos que se alinham com as habilidades e competências dos ACS para orientar a qualificação e a mobilidade ascendente na carreira.

Progressão na carreira*: progressão ou mudança para uma função diferente com âmbito diferente com base em qualificações definidas relacionadas com a formação e os anos de serviço. Pode tratar-se de um movimento ascendente ou lateral no âmbito da carreira dos ACS ou de outras carreiras profissionais.

*Como parte do desenvolvimento deste resumo, o LHSS estabeleceu e usou essas definições com base na forma como os termos e conceitos são utilizados na literatura e pelos intervenientes nacionais. No entanto, o LHSS não pretende oferecer definições normalizadas destes termos.



2. Métodos

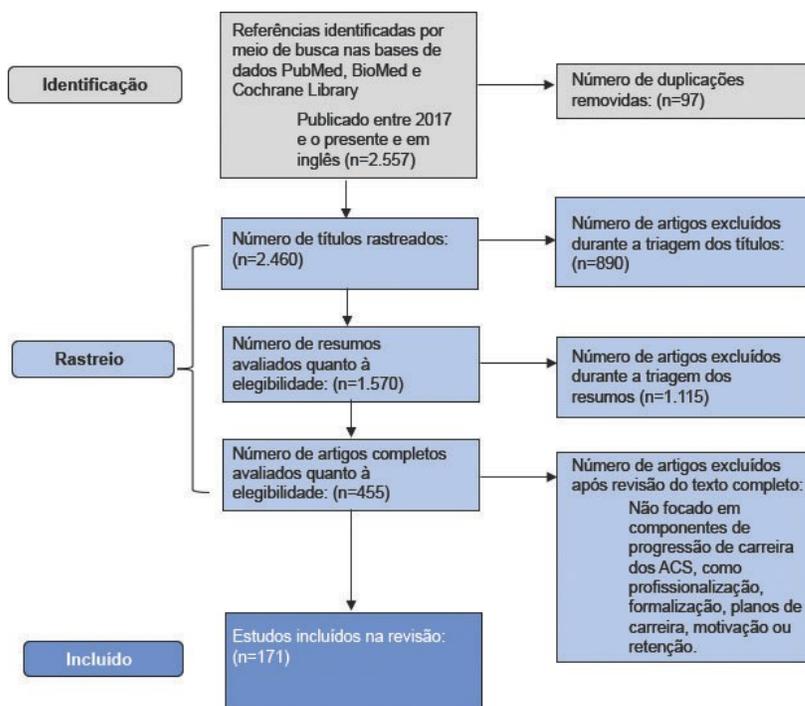
O LHSS realizou uma rápida revisão documental de evidências sobre a progressão na carreira dos ACS e as suas ligações com motivação e retenção. O LHSS teve como objetivo identificar e avaliar novas evidências publicadas após o lançamento das diretrizes de 2018 da OMS para otimizar os programas dos ACS.¹³ O LHSS também analisou experiências documentadas de países que formalizaram programas dos ACS com planos de carreira. O LHSS utilizou as orientações da Cochrane para análises rápidas¹⁴ e pesquisou as bases de dados PubMed, BioMed e Cochrane Library. O LHSS limitou os resultados a artigos publicados em inglês de 2017 a 2022. A pesquisa inicial resultou em 2.557 artigos. Destes, 97 eram duplicados e 890 foram excluídos após a triagem do título. O LHSS selecionou os resumos de 1.570 artigos e realizou uma revisão completa de 455. Destes, 171 foram incluídos na análise final. Os 171 artigos finais eram de países de todos os níveis de desenvolvimento socioeconómico.

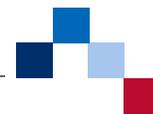
Veja a Figura 1 para obter um fluxograma mostrando a identificação, triagem e inclusão de artigos.

O LHSS complementou a análise documental rápida com uma reunião de peritos que trabalham na área da saúde comunitária. Cinquenta participantes representando 10 países participaram da reunião virtual de especialistas. Os participantes representaram países que profissionalizaram programas de ACS, grupos de trabalho em saúde e instituições de defesa dos ACS, parceiros implementadores e doadores. Em painéis e sessões de debate, os participantes discutiram as conclusões da análise documental do LHSS e compartilharam as suas perspectivas sobre facilitadores e barreiras, práticas promissoras e outras considerações transversais, como o financiamento e os dados para a concepção e implementação de percursos profissionais para os ACS.

Além disso, o LHSS analisou a literatura cinzenta selecionada e manteve conversas individuais com as partes interessadas dos países visados, como parte da elaboração deste documento.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DE ANÁLISE DOCUMENTAL RÁPIDA





3. Conclusões

Que modelos os países têm utilizado para estabelecer a progressão na carreira dos ACS?

Os ACS são diversos em termos de níveis de educação pré-serviço, formação em serviço, funções designadas e remuneração. Há também um espectro de profissionalização e integração nos sistemas de saúde, desde aqueles que operam fora do sistema até aqueles que são funcionários públicos e parte formal do sistema de saúde. Conseqüentemente, as oportunidades de progressão na carreira diferem entre os países, dependendo do contexto único do programa de ACS e das prioridades locais. No entanto, em geral, a maioria dos países com percursos profissionais de ACS exige que os ACS cumpram requisitos de educação formal e participem em ações de formação contínua.

"A contextualização e a personalização [dos percursos dos ACS] são importantes... têm de responder a necessidades específicas... e [os países] têm de ter capacidade para gerir todo o ciclo, incluindo o recrutamento, a formação e a promoção."

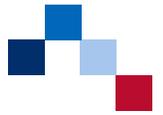
– Especialistas participantes na convocação

Os países estão a utilizar diferentes modelos para estabelecer a progressão na carreira dos ACS. Estes modelos incluem:

- Escalões de carreira que impliquem uma maior amplitude ou profundidade no âmbito da prática em cada cargo. Etiópia, Paquistão e Nigéria definiram caminhos promocionais com requisitos técnicos definidos para ACS. Por exemplo, na Nigéria, os ACS podem progredir de ACS Júnior, para Agente Comunitário de Saúde, para Oficial de Saúde Comunitária.¹⁵ Na Etiópia, os ACS (conhecidos localmente como Trabalhadores de Extensão de Saúde (HEW, Health Extension Workers) podem progredir do Nível I até ao Nível IV, com o Nível IV a oferecer formação especializada equivalente a um bacharelado.¹⁶
- Escalões de carreira que envolvem funções de chefia, gestão e supervisão. Estes escalões são usados no Brasil, na África do Sul e nos Estados Unidos. Por exemplo, nos Estados Unidos, alguns hospitais e sistemas de saúde têm requisitos de educação e formação para que um ACS avance para ACS Líder e assume responsabilidades de gestão e de administração.¹⁷ Na África do Sul, a integração dos ACS em estruturas formais de gestão e o alargamento do âmbito das equipas de modo a incluir relações organizacionais, mecanismos de coordenação e estruturas de comunicação que permitam interações entre todo o pessoal da unidade sanitária, permitiu obter apoio organizacional e criar um sentimento de respeito pelo trabalho dos ACS.¹⁸

Representantes dos países da Etiópia e do Paquistão partilharam que os seus programas de ACS têm um modelo híbrido, em que se espera que os ACS que são promovidos a posições mais elevadas tenham competências técnicas avançadas e supervisionem, treinem e liderem outros ACS. Na Etiópia, os HEW de Nível IV têm formação avançada e são obrigados a supervisionar e orientar os HEW de Nível III. Da mesma forma, no Paquistão, os ACS (conhecidos localmente como Lady Health Workers (LHW)) recebem formação técnica adicional como um dos critérios para progredir para um cargo de supervisor de LHW. Esta posição inclui um âmbito alargado de supervisão e orientação.

Os países também têm oportunidades de prática e educação avançadas que não estão ligadas a percursos profissionais formais. Essas oportunidades oferecem capacitação em serviço, formação avançada e bolsas de estudo para ACS. A oferta de tais oportunidades serve para reforçar a capacidade técnica dos ACS, aumentar o valor e o estatuto profissionais e, potencialmente, apoiar a transição para outra função de profissional de saúde. Estes tipos de oportunidades estão disponíveis no Botsuana, na Índia, na Libéria, no Uganda e nos Estados Unidos.^{19,20,21,22,23}



Uma ACS verifica o estado de saúde de uma mãe grávida como parte do seu dever diário de porta em porta em Gazipur, Bangladesh

No Botsuana, os ACS têm acesso a formação em serviço sobre temas especializados, como a gestão da tuberculose.²³ Na Índia, as oportunidades profissionais e de formação foram consideradas fatores essenciais que influenciam a escolha de emprego dos Defensores Sociais da Saúde Acreditados. Esta situação conduziu a reformas governamentais que preveem a atribuição de bolsas de estudo para a conclusão do ensino secundário e a admissão preferencial em escolas de enfermagem e de parteiras, entre outras mudanças.^{24,25}

Por que é que a progressão na carreira é importante para os programas de ACS?

Há evidências documentadas de um elevado desgaste entre ACS.^{26,27} À medida que os países procuram otimizar e profissionalizar os programas de ACS como parte dos sistemas formais de saúde, há necessidade de acoplar esses esforços a abordagens que melhorem a motivação e a retenção dos ACS. O contexto é importante para determinar o que impulsiona a motivação e a retenção, embora existam vários casos documentados de incentivos relacionados com o desenvolvimento profissional e as oportunidades de progressão na carreira que influenciam a motivação dos ACS. Nesse sentido, são crescentes os apelos para a progressão na carreira nos esforços de profissionalização dos ACS.⁹

"Os ACS estão a pedir ascensão profissional, e isso está ligado à sua motivação."

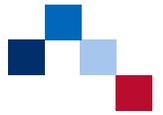
– Especialistas participantes na convocação

Um estudo multipaíses em 2021 constatou que as oportunidades de desenvolvimento profissional e

pessoal motivam os ACS a maioria, seja remunerada ou voluntária.²⁸ Nos Camarões, a formação, a supervisão de apoio e a disponibilização de recursos que facilitam o trabalho, como os uniformes, foram associados à motivação e à autonomia dos ACS.²⁹ Os ACS no Líbano que receberam certificados de formação por meio do programa Universidade Móvel para a Saúde relataram maior motivação, credibilidade e confiança da comunidade.³⁰ Isso mostra que as oportunidades de desenvolvimento profissional podem ter impacto não apenas no desempenho individual dos ACS, mas também na forma como a sua identidade profissional é percebida e aceite pelas suas comunidades.

Durante a reunião virtual do LHSS, especialistas do país que lideram a conceção a implementação de planos de carreira observaram conquistas, incluindo a redução da rotatividade dos ACS e um maior reconhecimento da comunidade nacional da contribuição dos ACS para a melhoria dos resultados de saúde da comunidade, especialmente entre os agregados familiares com baixos rendimentos. Embora os parâmetros da revisão documental do LHSS não tenham revelado ligações entre os programas de ACS com trajetórias de carreira formalizadas e funcionais e o desempenho dos sistemas de saúde, como custo-efetividade, eficiência ou entrega equitativa, esse impacto potencial merece maior exploração à medida que os países avançam com a integração dos programas de ACS nos sistemas de saúde.

Por outro lado, a literatura e as partes interessadas, do país citam a falta de progressão na carreira, bem como a falta de apoio, treinamento e recompensas significativas pelo bom desempenho, como contribuintes para a desmotivação e o desgaste dos ACS. No Quênia, voluntários de saúde comunitária num estudo de 2021 expressaram a sua desmotivação sem um plano de carreira claro que resultaria num cargo remunerado.³¹ Da mesma forma, os Defensores



da Saúde Social Credenciados quase voluntários na Índia indicaram que as suas motivações para permanecer em funções estavam muitas vezes enraizadas na esperança de eventualmente progredir na carreira e conseguirem cargos públicos remunerados, embora pouquíssimas dessas oportunidades estivessem disponíveis.³²

Os ACS remunerados ecoaram esses sentimentos, com um estudo de 2023 na Etiópia concluindo que a educação limitada e as oportunidades de progressão na carreira foram um dos fatores de desmotivação entre os ACS.³³ Noutro estudo, mais da metade (51,5%) dos ACS pesquisados na Etiópia indicaram sentimento de frustração quando pensam na limitação das oportunidades com que se vão deparar no futuro. Os ACS jovens e/ou recém-recrutados (contratados nos últimos dois anos) constituíam uma maior proporção deste grupo, com implicações fundamentais para a retenção deste quadro.³⁴ A progressão na carreira também esteve ligada à motivação entre os ACS remunerados nos Estados Unidos, onde os ACS partilhavam um senso de legitimidade e motivação para permanecerem no seu papel devido aos percursos profissionais recentemente criados.³⁵

Outros estudos também constataram que a falta de progressão na carreira é um desafio particular para recrutar e reter jovens ACS, que muitas vezes estão interessados em cultivar uma carreira de longo prazo e novas oportunidades socioeconómicas. Na Tanzânia, os ACS partilharam que estavam motivados para aderir ao programa porque procuravam um ponto de partida para uma carreira na área dos cuidados de saúde e que o seu desejo de receber formação adicional para se tornarem médicos qualificados era um fator de motivação para ingressar e permanecer na função de ACS.³⁶ O género é outro fator social que se cruza com as oportunidades de progressão na carreira. Um estudo realizado no Afeganistão constatou que os ACS do sexo feminino enfrentam barreiras significativas para a promoção e muitas vezes foram deixadas de lado para oportunidades de progressão na carreira devido a normas de género prejudiciais e acesso limitado à educação, impactando a sua motivação.³⁷



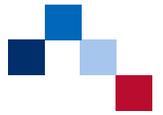
Agentes de Saúde Municipais registam dados de vacinação durante uma campanha comunitária de rastreio e vacinação contra a COVID-19 na aldeia de Memo, em Timor-Leste. (Foto: Projecto LHSS da USAID-Timor-Leste)

Quais os desafios enfrentados pelos países para estabelecer planos de carreira como parte da profissionalização dos ACS?

Embora os planos de carreira sejam documentados como incentivos para melhorar a motivação dos ACS, a implementação desempenha um papel fundamental na sua eficácia. A má implementação do programa muitas vezes leva à redução da motivação dos ACS.⁴² É provável que a má implementação de planos de carreira também tenha implicações para a retenção de ACS. No entanto, as evidências são limitadas.

Os países que tentam projetar e implementar planos de carreira enfrentam vários desafios relacionados com políticas, sistemas e práticas, incluindo:

- **Planeamento descoordenado e isolado que limita a formação padronizada dos ACS, a acreditação e, em última análise, as trajetórias de carreira.** Por exemplo, no Afeganistão, os profissionais de saúde eram normalmente formados por instituições dependentes do Ministério do Ensino Superior. Contudo, o Ministério do Ensino Superior não participou e não credenciou o currículo dos ACS



criado pelo Ministério da Saúde. Isso significava que os ACS não conseguiam ingressar em programas educacionais avançados administrados e credenciados pelo Ministério do Ensino Superior com a sua formação e experiência em ACS.³⁸ Na África do Sul e no Camboja, a implementação isolada de programas de ACS, incluindo a formação, limitada a apropriação governamental e a integração no sistema de saúde, o que poderia ter implicações para a absorção dos ACS na mão de obra formal no sector da saúde e no seu potencial de carreira a longo prazo.^{39,40} Na Nigéria, a inscrição dos ACS em programas de formação pré-serviço foi dificultada por várias barreiras, incluindo desafios com a acreditação do programa e publicidade e partilha de informação insuficientes sobre as aberturas do programa e os processos de inscrição.⁴¹ Este facto teve impacto e muitas vezes desencorajou a inscrição em programas de formação, acabando por limitar a eficácia dos programas concebidos para oferecer aos ACS percursos de profissionalização.

- **Políticas e práticas vagas e inconsistentes de recrutamento, promoção e incentivo de ACS.** Uma avaliação multipaíses da motivação e satisfação no trabalho entre ACS assalariados e não assalariados em Bangladesh, Quênia, Índia, Malawi e Nigéria constatou que a falta de clareza e consistência em torno da contratação, formação e incentivo aos ACS leva a práticas desalinhadas que podem contribuir para a insatisfação dos ACS.¹⁵ Também provocam expectativas pouco claras em relação às oportunidades de progressão, levando a "promessas não cumpridas" que afetam a motivação.⁴² Por exemplo, na Zâmbia, os anúncios de recrutamento de ACS publicitavam percursos profissionais, mas mais de 1.400 recém-recrutados não viram esses percursos implementados.⁴³
- **Custos de tempo e materiais associados à participação em formações formais.** Na Etiópia, por exemplo, os representantes dos países observaram que, embora os ACS possam conseguir educação superior financiada pelo governo, os custos de vida para aqueles que desejam aproveitar as oportunidades – como custos de alojamento e transporte – são os principais obstáculos. Na Nigéria, o custo das mensalidades foi relatado como uma barreira para os ACS que desejam participar de programas de formação formal.⁴⁴

- **Falta de envolvimento dos ACS na elaboração, implementação e avaliação de políticas,** o que restringe a voz dos ACS e limita severamente os debates e a defesa da institucionalização de percursos profissionais para os ACS.^{45,46}

Embora esses desafios não sejam exclusivos dos ACS, há uma camada adicional de complexidade para esse quadro de trabalhadores que, frequentemente, é o que menos beneficia dos recursos e estruturas dos sistemas de saúde. O mesmo vale para os desafios transversais que os países enfrentam relacionados com o financiamento adequado e sustentável, disponibilidade e uso de dados e fatores de género e inclusão social ao tentar estabelecer ou expandir oportunidades de progressão na carreira para ACS. Os parágrafos abaixo expandem esses três fatores transversais com base nas conclusões da análise documental e da convocação de especialistas.

Financiamento: o financiamento e a remuneração adequados são os principais desafios dos programas de ACS. Os governos hesitam em legislar e comprometem-se a investir em componentes de profissionalização dos ACS, como planos de carreira, devido às alocações mínimas do orçamento de saúde para a atenção primária à saúde e à saúde da comunidade.⁴⁷ E com menos de 3% da assistência ao desenvolvimento para a saúde ser direcionada aos ACS — principalmente em programação vertical e isolada — o financiamento continua a ser uma grande barreira para a conceção e a implementação do programa de ACS.⁴⁷ As oportunidades de progressão na carreira que os países podem financiar de forma sustentável para os ACS ficam assim limitadas.

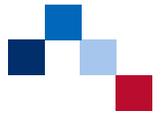
Para além das prioridades concorrentes em termos de financiamento, o LHSS ouviu dos intervenientes

"O financiamento é um ponto de atrito para a maioria dos programas de ACS e é algo que deve ser examinado na próxima agenda da UHC."

—Especialistas participantes na convocação

nacionais que o espaço fiscal disponível para os ACS e os seus percursos profissionais é ainda mais reduzido devido ao impacto da pandemia da

COVID-19 na economia global e fatores estressantes do sistema emergente relacionados com as mudanças climáticas. Assim, são limitados os modelos atuais de



programas nacionais de ACS com financiamento nacional adequado e sustentado que tenham componentes de profissionalização e progressão na carreira.

Países como Botsuana, Brasil, Etiópia, Gana, Malawi e Paquistão orçamentaram as componentes do percurso profissional dos ACS com uma mistura de financiamento interno e assistência externa. Tais orçamentos cobriam a integração da remuneração dos ACS na escala de remunerações e benefícios do governo, desenvolvimento e fornecimento de módulos de formação e expansão das estruturas de regulamentação, supervisão e gestão. No entanto, as partes interessadas dos países com quem o LHSS falou sublinharam que o financiamento é um dos principais desafios para sustentar ou acelerar o progresso dos percursos profissionais dos ACS e apelaram a uma maior exploração dos modelos de financiamento, incluindo uma abordagem de financiamento por graduação.

Dados: os dados desempenham um papel importante na concepção, orçamentação, monitorização e avaliação do programa de ACS. Dados abrangentes podem

"É necessário expandir as abordagens de formalização e formação, e os dados podem ser utilizados para compreender onde os ACS estão atualmente envolvidos, bem como onde são necessários ACS para apoiar a realização da UHC."

—Especialistas participantes na convocação

aumentar a visibilidade das contribuições dos ACS e o apoio à advocacia baseada em evidências para melhorar a profissionalização, incluindo oportunidades de progressão na carreira.⁴⁷ A enumeração e a inclusão dos ACS nos orçamentos nacionais de saúde também facilitarão provavelmente a sua maior integração nos sistemas formais de saúde. Durante a reunião de especialistas do LHSS, os representantes dos países partilharam experiências usando dados para o recrutamento direcionado de ACS e desenvolvimento do âmbito. Na Nigéria, os dados da ferramenta Indicadores de Carga de Trabalho da OMS de Necessidade de Pessoal (WISN, Workload Indicators of Staffing Need) informaram a tomada de decisões em torno do aumento do pessoal dos ACS e das conversas sobre a potencial partilha de

tarefas e a mudança de tarefas. No entanto, plataformas fragmentadas de recolha e comunicação de dados limitam a disponibilidade e o uso de dados de ACS para a tomada de decisões políticas e programáticas.^{47,48,49,50}

Esta falta de dados sobre o número e o tipo de ACS e os serviços por eles prestados pode dificultar o planeamento e a concepção de planos de carreira efetivos. Isto reflete-se nas poucas provas que a análise documental revelou sobre a utilização de dados para os percursos profissionais dos ACS.

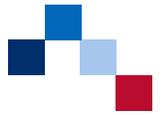
Género e inclusão social (GESI, Gender and Social Inclusion):

o GESI é um fator importante a ser considerado na concepção e implementação de planos de carreira dos ACS. As normas sociais e culturais influenciam quem tem acesso e pode aproveitar as oportunidades de progressão, por isso é importante reconhecer e levar em conta as dinâmicas de poder e os desequilíbrios no desenho do programa.

"Os preconceitos que as mulheres enfrentam, incluindo o abuso sexual, o assédio no trabalho, a coerção para trocar favores sexuais por promoção, etc., afectam a progressão na carreira, a motivação, o desempenho, a saúde e a segurança das ACS do sexo feminino. São problemas muito reais que devem ser enfrentados quando se discute a mão de obra dos ACS e a progressão na carreira."

—Especialistas participantes na convocação

Com as mulheres a desempenharem predominantemente as funções de ACS, os intervenientes nacionais que participaram na reunião de peritos no LHSS partilharam o facto de os programas de ACS serem muitas vezes vistos como uma forma de capacitar as mulheres. O papel empodera as mulheres, proporcionando-lhes oportunidades de viajar e socializar fora de casa; desenvolver habilidades de liderança, comunicação e alfabetização em saúde; e auferir um rendimento. Permite também o aumento do poder de decisão; acesso a oportunidades de ensino e cuidados de saúde; e, em alguns casos, melhoria do nível socioeconómico.^{51,52,53,54} Esses benefícios levam a efeitos colaterais, já que os investimentos no desenvolvimento, apoio e pagamento às mulheres afetam positivamente as suas famílias e comunidades. Por exemplo, no Bangladesh,



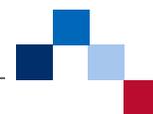
um estudo constatou que as ACS tendem a aplicar os seus honorários na educação dos filhos e nas atividades geradoras de receita, gerando um dividendo para o investimento que vai além dos ACS.⁵²

No entanto, há uma vasta literatura sobre os impactos negativos das normas sociais e de género sobre os ACS e as suas perspectivas de progressão na carreira. As práticas normativas de recrutamento e promoção perpetuam os preconceitos e desafios sociais existentes, levando à preferência por ACS mais jovens ou do sexo masculino para oportunidades de formação e progressão.^{54,37,55} O acesso à educação também representa um grande obstáculo sistémico para os ACS que buscam o desenvolvimento profissional. Mulheres de níveis socioeconómicos mais baixos ou de outros grupos carenciados têm menos acesso à educação. Isso leva à sua exclusão de oportunidades de progressão na carreira que vêm com certos requisitos de educação, apesar dos seus anos de experiência como responsáveis no sector da saúde dentro das suas comunidades.^{54,50} Esta exclusão é exacerbada pelas expectativas sociais de que os ACS equilibrem os deveres domésticos com as suas responsabilidades de ACS, bem como pela sua

vulnerabilidade à violência enquanto trabalham e viajam.^{56,57,58} Além disso, o conceito normalizado de trabalho não remunerado para o trabalho dos ACS desempodera desproporcionalmente as mulheres, tanto profissional quanto economicamente. Isso é particularmente verdade se, para além da ausência ou limitação de remuneração, não forem oferecidas aos ACS oportunidades de desenvolvimento profissional. Nalguns estudos, os ACS descreveram a prossecução ou a permanência nas suas funções para garantir a melhoria do estatuto socioeconómico e das condições de vida, o que muitas vezes não aconteceu.^{59,38,60,61}

4. Destaques do país

Esta seção apresenta programas de ACS em dois países – Malawi e Paquistão – que oferecem práticas promissoras para projetar e integrar planos de carreira em escala nacional. As informações apresentadas a seguir refletem informações partilhadas por representantes de países na reunião de especialistas do LHSS.



Programa de ACS no Malawi – Assistentes de Vigilância Sanitária

Contexto: o Ministério da Saúde do Malawi contratou a primeira coorte de assistentes de vigilância sanitária (ACS) para apoiar os programas de imunização e resposta à cólera na década de 1990. Desde então, os ACS têm apoiado inúmeros programas e campanhas verticais de saúde, fazendo contribuições significativas para o Malawi alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a saúde infantil.^{62,63} Em 2017, o Malawi lançou a Estratégia Nacional de Saúde Comunitária 2017-2022 – a primeira estratégia desse tipo no país – em resposta à alta carga de doenças, restrições de financiamento e recursos e problemas de qualidade dos serviços. Atualmente, mais de 11.000 ACS a tempo inteiro e ACS sêniores operam no Malawi sob essa estratégia. Aproximadamente 60% são homens e 40% são mulheres em cada coorte. Os ACS e os ACS sêniores são apoiados por voluntários informais de saúde comunitária, comitês de saúde de aldeias, grupos de ação de saúde comunitária e comitês de gestão de saúde. Prestam serviços de promoção, prevenção e curativos. Também apoiam a vigilância e a gestão de dados.

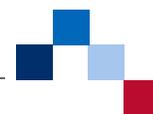
Requisitos de pré-serviço: os ACS devem concluir o ensino secundário. Os ACS são submetidos a 12 semanas de formação pré-serviço (oito semanas em sala de aula e quatro semanas de estágio), com planos aprovados para um curso modular de um ano para substituir esta formação. O novo curso de um ano oferece aos ACS a oportunidade de fazer cursos relacionados com outras disciplinas da saúde, como enfermagem, farmácia e saúde ambiental. Também será uma formação acreditada sob um órgão regulador – o conselho médico do Malawi.

Plano de carreira: os ACS podem fazer a transição para ACS sêniores depois de passarem por um exame oral normalizado pela comissão de serviço público. Os ACS sêniores são responsáveis por liderar a prestação de serviços e supervisionar os ACS nas suas áreas de abrangência. Atualmente, existem aproximadamente 9.500 ACS e 1.500 ACS sêniores. Foi também criada uma nova via para promover os ACS sêniores a assistentes de controlo de doenças, após um diploma de formação e certificação de um ano.

Remuneração: os ACS são funcionários públicos assalariados do governo. Foi efetuado um exercício de cálculo de custos para estimar os salários dos postos de ACS estabelecidos. Este montante foi incluído no pacote global de remuneração do pessoal de saúde do Ministério da Saúde. Os ACS recebem aproximadamente 180-300 USD por mês, com os ACS sêniores a ganhar o valor mais elevado. Também recebem outros incentivos financeiros (ou seja, ajudas de custo irregulares) e não financeiros (por exemplo, vestuário de proteção, uniformes, bicicletas e reconhecimento).

Financiamento: o programa ACS faz parte das contas nacionais da mão de obra no sector da saúde e dos orçamentos nacionais de saúde do Malawi. Os salários dos ACS são cobertos pelo governo e representam o maior fator de custo (30%) dos custos totais do programa. O governo está trabalhando para garantir que os cargos de ACS sejam incluídos em todos os orçamentos distritais. Outras prioridades incluem o alinhamento do quadro nacional de saúde comunitária com base em custos com o plano estratégico nacional de saúde e a divulgação do quadro nacional de saúde comunitária aos parceiros de implementação para apoio direcionado em torno de prioridades-chave (por exemplo, reforço de capacidades, reconhecimento de desempenho e oportunidades de progressão na carreira).

Fatores de sucesso: os fatores-chave para o sucesso do programa ACS do Malawi incluem forte apropriação política (o governo comprometeu-se e absorveu com sucesso os ACS que anteriormente eram apoiados por parceiros de desenvolvimento), inclusão de ACS em todas as políticas e estratégias relevantes, integração formal de ACS em ferramentas e estruturas de gestão da mão de obra no sector da saúde, envolvimento consultivo com o Ministério das Finanças como parte do processo para alinhar prioridades, abordagem faseada que começou por ser pequena e foi aumentando gradualmente; e mobilização coordenada de recursos com o governo e os parceiros.



Desafios de implementação: os principais desafios incluem financiamento limitado para recrutar maior número de ACS, ao mesmo tempo aumentar os salários ACS e o tempo necessário para estabelecer e institucionalizar novos cargos e formações de ACS.

Conquistas: durante a reunião de especialistas, os representantes dos países compartilharam o facto de as oportunidades de progressão na carreira estabelecidas pelo programa terem resultado numa maior procura para integrar a carreira de ACS; numa diminuição da rotatividade dos ACS; no reconhecimento nacional dos ACS como profissionais de saúde essenciais da linha da frente; e em efeitos positivos para outros quadros da mão de obra do sector da saúde (por exemplo, clarificação de funções e responsabilidades).

Programa de ACS no Paquistão – Mulheres no sector da saúde

Contexto: o programa de mulheres no sector da saúde surgiu em 1994 em resposta às limitações de recursos humanos e às divisões de cuidados de saúde urbano-rurais. O programa LHW (Lady Health Workers) é um quadro exclusivamente feminino de aproximadamente 100.000 profissionais de saúde formalizadas que fornecem uma gama de serviços de saúde preventivos e de promoção para uma captação de aproximadamente 1.000 pacientes por cada LHW.⁶⁴ LHW passam aproximadamente 80% do seu tempo no terreno e os 20% restantes em instalações de saúde baseadas na comunidade.

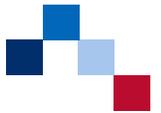
Requisitos pré-serviço: as LHW devem ter um mínimo de 10 anos de educação formal e os supervisores das LHW devem ter um mínimo de 14 anos de educação formal. A formação pré-serviço para se tornar uma LHW inclui três meses de estudo em sala de aula e nove meses de aprendizagem no terreno. As formações contínuas de atualização no trabalho ocorrem um dia por mês, totalizando aproximadamente 15 dias por ano. As LHW são selecionadas pelas comunidades que servem e devem residir dentro da sua área de abrangência designada.

Plano de carreira: as LHW que passam por formação adicional e atingem um mandato especificado são elegíveis para avançar. As formações adicionais abrangem tópicos baseados em competências, como cuidados obstétricos básicos de emergência, entre outros tópicos.⁶⁵ A pessoa deve ter um ano de experiência como LHW para ser promovida a supervisora LHW, e dois anos de experiência como supervisora LHW para ser elegível para se tornar uma funcionária do programa no terreno.⁶⁴ As supervisoras de LHW e as LHW são supervisionadas por coordenadores distritais e provinciais. Estão em curso debates para alargar e clarificar os percursos profissionais dos assistentes sociais no Paquistão.⁶⁶

Remuneração: as LHW recebem salários com base numa tabela salarial do governo. As LHW ganham aproximadamente 50-125 USD por mês, com os supervisores de LHW a ganharem aproximadamente 60-180 USD por mês.^{64,67,68} Ambos os quadros são elegíveis para receber bolsas de viagem. Não são concedidas quaisquer outras prestações financeiras, mas existe uma Ação de sensibilização em curso, liderada pelas LHW para a obtenção de pensões e outras prestações na maioria das províncias.

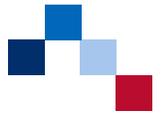
Financiamento: os salários das LHW fazem parte do orçamento do sector da saúde do governo. O governo também financia a formação pré-serviço de um ano das LHW, formações em serviço e bolsas de estudo para educação avançada.

Fatores de sucesso: os fatores-chave para o sucesso do programa LHW do Paquistão incluem uma forte vontade política e apropriação por parte do governo; uma coordenação eficaz com os parceiros de desenvolvimento; critérios de recrutamento e formação normalizados; parcerias entre a comunidade, os assistentes sociais e os prestadores de serviços baseados nas instalações; e mobilização e defesa dos assistentes sociais.



Desafios de implementação: os principais desafios incluem fundos limitados e inconsistentes para formação e supervisão de apoio e o alto nível de educação formal necessário para se tornar uma LHW. As partes interessadas do país enfatizaram que esta última é uma grande barreira para o recrutamento de LHW no contexto do Paquistão, onde as mulheres muitas vezes têm acesso limitado à educação.

Conquistas: durante a reunião de especialistas, os representantes dos países compartilharam que as LHW são aceitas e reconhecidas nacionalmente pelas suas comunidades e pelo governo devido às suas contribuições para a saúde da comunidade – particularmente a saúde de famílias de baixos rendimentos e carentes – em todo o Paquistão. Outras conquistas incluem maior segurança no emprego entre as LHW após a sua regularização, e educação, formação e emprego apoiados pelo governo para mulheres paquistanesas rurais e urbanas.



5. Principais considerações para os países que procuram estabelecer ou melhorar os planos de carreira para ACS

O contexto é importante. Os programas de ACS estão distribuídos em diversos contextos e os papéis e responsabilidades serão diferentes entre os países com base na capacidade e necessidade. Os esforços para desenhar os planos de carreira dos ACS devem começar com uma análise aprofundada do cenário para entender e alinhar com as prioridades da mão de obra no sector da saúde, os recursos disponíveis, o(s) perfil(es) dos conhecimentos e competências atuais dos ACS e quaisquer desafios contextuais. Esse trabalho também deve incluir o mapeamento de políticas e práticas existentes relacionadas à regulação, educação e formação de mão de obra no sector da saúde e gestão, como certificação, desenvolvimento profissional contínuo, gestão de desempenho, planeamento e orçamento e outros componentes dos sistemas locais de mão de obra neste sector.

Uma visão abrangente dos programas de ACS de um país e dos seus sistemas de mão de obra no sector da saúde poderia informar caminhos de carreira contextualmente apropriados para ACS e facilitar a integração com o sistema de saúde mais amplo. Por exemplo, dependendo do nível de escolaridade e das necessidades de pessoal nas instituições, alguns ACS podem ir além da comunidade para participar de serviços baseados em instalações ou ingressar noutras profissões de saúde, como enfermagem, enquanto outros ACS permanecem e crescem como provedores baseados na comunidade. Noutros casos, o contexto informará a diferenciação dos papéis dos ACS e dos pontos de entrada para o quadro, incluindo a manutenção dos voluntários ACS como uma forma de ponto de entrada. Além disso, essa conceção baseada em sistemas para percursos de carreira poderia identificar pontos de alavancagem importantes para efeitos colaterais noutros profissionais de saúde, tal como relatado na experiência do Malawi (ver Secção 4).

O compromisso político está no centro do sucesso. A maioria dos programas nacionais de ACS de grande escala com planos de carreira tem o benefício de uma forte vontade política e apoio de partes interessadas multissetoriais importantes, como

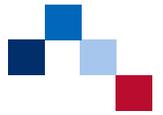
os ministérios das Finanças e do Trabalho e as comissões do serviço público. Parte do cultivo do compromisso e apoio político é captar e elevar as evidências sobre o impacto dos ACS, demonstrando simultaneamente que o seu papel pode ser otimizado para fazer face a desafios de saúde prementes e fazer avançar as agendas nacionais de saúde. Forte compromisso político pode ajudar a impulsionar o desenvolvimento de estruturas políticas e regulamentares para apoiar a progressão na carreira dos ACS, incluindo o estabelecimento de mecanismos de certificação e garantia de qualidade. Também gera clara apropriação dos programas de ACS. Isso, por sua vez, pode facilitar investimentos nacionais sustentados para apoiar os ACS com carreiras formais como parte da sua integração no sistema de saúde mais amplo. Exemplos dessa institucionalização incluem a integração da remuneração, gestão e formação dos ACS nos orçamentos nacionais ou locais de saúde e a introdução de leis para incorporar os ACS nos programas do serviço público que tenham políticas existentes sobre promoções e benefícios educacionais para a mão de obra no sector da saúde.

A implantação deve ser gradual, dado o custo e o tempo necessários para a integração total.

Países com experiência em progressão na carreira de ACS têm usado processos iterativos e incrementais para alinhar prioridades, garantir a adesão, identificar campeões, mobilizar e codificar financiamento, qualificar os ACS atuais e introduzir reformas para fazer a transição de ACS para funcionários públicos assalariados. Todas essas etapas levam uma quantidade significativa de tempo, e os esforços para fortalecer a progressão na carreira dos ACS devem planejar a implantação gradual e faseada, dado o risco documentado de uma "lacuna de expectativa" e desmotivação se a progressão na carreira for implementada de forma ineficiente e inconsistente.⁴²

Os papéis e responsabilidades em cada nível devem ser claros e complementar outros quadros.

Os ACS atuam num ecossistema mais amplo e o papel e a abrangência dos ACS ao longo da carreira devem ser considerados em relação aos demais trabalhadores da saúde, a fim de facilitar a integração e a aceitação. Papéis e responsabilidades claramente definidos permitem um trabalho coeso em equipa e a colaboração com diferentes quadros da mão de obra no sector da saúde, e podem ajudar a garantir que as expectativas para os ACS sejam atingíveis,



preparando-os para o sucesso. Do mesmo modo, também é importante definir papéis e responsabilidades em cada nível do plano de carreira do ACS para assegurar que as oportunidades de progressão na carreira sejam otimizadas para a prestação eficaz de serviços.

O design do programa deve ser flexível e responsivo. Há necessidade de uma abordagem flexível com os planos de carreira dos ACS, especificamente em comunidades carentes, onde os membros normalmente não têm educação avançada ou não falam a língua oficial para exames e entrevistas. Principalmente nos casos em que as carreiras não fazem parte do lançamento inicial dos programas de ACS e são introduzidas posteriormente, é importante criar programas de recrutamento, formação e promoção que tenham em conta os ACS que já desempenham efetivamente essa função, mas que podem não cumprir os novos critérios. Isso pode incluir apoio para garantir uma formação suficiente e acessível, adaptada a diferentes níveis de numeraria e literacia, e ter em consideração os ACS que têm uma educação formal limitada. As evidências preliminares de que a experiência e a formação são mais preditivas da competência dos ACS do que as educações formais apoiam ainda mais a necessidade de uma conceção flexível do percurso profissional que dê ênfase à experiência e ao desempenho. ^{69°}

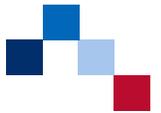
As considerações do GESI devem ser incorporadas intencional e explicitamente ao processo, desde as fases iniciais de projeto até à implementação e monitorização. Género e outros fatores socioeconómicos têm sido documentados como afetando as oportunidades de progressão na carreira dos ACS. As mulheres são a maioria dos ACS, mas as experiências dos países e a literatura refletem que as oportunidades remuneradas e de gestão são dominadas pelos homens. Mesmo quando as oportunidades de

progressão na carreira estão disponíveis, as mulheres são menos propensas a aproveitá-las devido a razões como ser menos propensa a viajar para formação devido a tarefas domésticas, inexperiência com entrevistas, serem negligenciadas para promoção devido às normas patriarcais e serem expostas a assédio durante a procura de oportunidades de progressão.

A integração de políticas e práticas responsivas ao GESI, como a oferta de formações mais próximas de onde os ACS vivem e servem e o fornecimento de transporte e apoio a cuidados infantis na progressão na carreira, ajudará a garantir que as mulheres possam beneficiar das oportunidades de progressão de carreira existentes e novas.

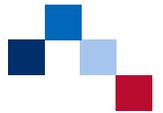
Há também uma necessidade de aprender continuamente e adaptar as considerações do GESI à medida que as dinâmicas de poder, as estruturas sociais e as normas culturais evoluem.

A mobilização e a advocacia lideradas pelos ACS devem ser apoiadas. O poder e a voz coletiva dos ACS têm influenciado políticas e prioridades em nível nacional e global. À medida que os ACS continuam a ser reconhecidos como profissionais, são capacitados a desempenhar um papel central na defesa de remuneração adequada, formação, suprimentos, condições de trabalho e desenvolvimento profissional. Embora os ACS devam assumir a liderança na defesa de uma profissionalização mais forte de acordo com as suas necessidades, os seus esforços devem ser reforçados por meio do apoio a associações profissionais e outras organizações guarda-chuvas para garantir um ambiente propício aos seus esforços. Pode incluir governos e parceiros de desenvolvimento partilhando dados relevantes com ACS e incluindo-os ativamente na concepção e monitorização de programas.

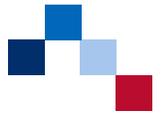


REFERÊNCIAS

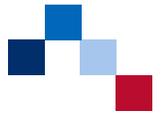
- ¹ Zulu, Joseph and Henry Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era." *Health Research Policy and Systems* 19 (Suppl 3): 130. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00761-7>.
- ² Community Health Impact Coalition. 2023. *Count CHWS*. <https://joinchic.org/resources/count-chws/>.
- ³ Grossman-Kahn, Rebecca, Julia Schoen, John William Mallett, Alexandra Brentani, Eliabeth Kaselitz, and Michele Heisler. 2018. "Challenges Facing Community Health Workers in Brazil's Family Health Strategy: A Qualitative Study." *International Journal of Health Planning and Management* 33 (2): 309-320. <https://doi.org/10.1002/hpm.2456>.
- ⁴ Liverani, Marco, Chea Nguon, Ra Sok, Daro Kim, Panharith Nou, Sokhan Nguon, and Shunmay Yeung. 2017. "Improving Access to Health Care Amongst Vulnerable Populations: A Qualitative Study of Village Malaria Workers in Kampot, Cambodia." *BMC Health Services Research* 17 (335). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2282-4>.
- ⁵ Nichols, Carly, Falak Jalali, and Harry Fischer. "The "Corona Warriors"? Community health workers in the governance of India's COVID-19 response." *Political Geography* 99 (2022): 102770. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36213893/>.
- ⁶ Ballard, Madeleine, Ari Johnson, Iris Mwanza, Hope Ngwira, Jennifer Schechter, Margaret Odera, Dickson Nansima Mbewe et al. 2022a. "Community Health Workers in Pandemics: Evidence and Investment Implications." *Global Health: Science and Practice* 10 (2): e2100648. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00648>.
- ⁷ Community Health Impact Coalition. 2023. *Annual Report 2022*. <https://joinchic.org/wp-content/uploads/2023/03/CHIC-Annual-Report-2022-1.pdf>.
- ⁸ Cometto, Giorgio, Nathan Ford, Jerome Pfaffman-Zambruni, Elie A Akl, Uta Lehmann, Barbara McPake, Madeleine Ballard et al. 2018. "Health Policy and System Support to Optimise Community Health Worker Programmes: An Abridged WHO Guideline." *The Lancet Global Health* 6 (12): e1397–1404. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30482-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30482-0).
- ⁹ Last Mile Health. 2023. *The Monrovia Call to Action Launched by the Liberia Ministry of Health at 2023 CHW Symposium*. <https://lastmilehealth.org/2023/03/24/the-monrovia-call-to-action/?text=We%20recognize%3A%20health%20outcomes%20and%20save%20lives.&text=Community%20health%20is%20the%20equity%20communicable%20diseases%20and%20mental%20health>.
- ¹⁰ White House. 2022. *Fact Sheet: The Biden-Harris Administration Global Health Worker Initiative*. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/05/11/fact-sheet-the-biden-harris-administration-global-health-worker-initiative/>.
- ¹¹ USAID. 2022. *USAID Announces a \$415 Million Partnership With Five African Nations to Accelerate Primary Health Care*. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/dec-13-2022-usaid-announces-400-million-partnership-five-african-nations-accelerate-primary-health-care>.
- ¹² World Health Organization. 2020. "What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews". [What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews).
- ¹³ World Health Organization. 2018. *WHO Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533329/>.
- ¹⁴ Garritty, Chantelle, Gerald Gartlehner, Barbara Nussbaumer-Streit, Valerie J King, Candyce Hamel, Chris Kamel, Lisa Affengruber et al. 2021. "Cochrane Rapid Reviews Methods Group Offers Evidence-Informed Guidance to Conduct Rapid Reviews." *Journal of Clinical Epidemiology* 130: 13-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7557165/>.
- ¹⁵ Olaniran, Abimbola, Barbara Madaj, Sarah Bar-Zeev, Aduragbemi Banke-Thomas, and Nynke van den Broek. 2022. "Factors Influencing Motivation and Job Satisfaction of Community Health Workers in Africa and Asia—A Multi-country Study." *The International Journal of Health Planning and Management* 37 (1): 112–132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36213893/>.



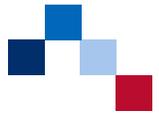
- ¹⁶ Ethiopia Ministry of Health. 2020. "Realizing Universal Health Coverage Through Primary Health Care: A Roadmap for Optimizing the Ethiopian Health Extension Program 2020-2035." *Ethiopia Ministry of Health*.
- ¹⁷ Malcarney, Mary-Beth, Patricia Pittman, Leo Quigley, Katherine Horton, and Naomi Seiler. 2017. "The Changing Roles of Community Health Workers." *Health Services Research* 52 (S1): 360-382. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12657>.
- ¹⁸ Mantell, Joanne, Tsitsi B. Masvawure, Jennifer M. Zech, William Reidy, Martin Msukwa, Mary Glenshaw, Jonathan Grund et al. 2022. "'They Are Our Eyes Outside There in the Community': Implementing Enhanced Training, Management and Monitoring of South Africa's Ward-Based Primary Healthcare Outreach Teams." *PLoS ONE* 17 (8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266445>.
- ¹⁹ Agarwal, Smisha, Karen Kirk, Pooja Sripad, Ben Bellows, Timothy Abuya and Charlotte Warren. 2019. "Setting the Global Research Agenda for Community Health Systems: Literature and Consultative Review." *Human Resources for Health* (17) 22. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0362-8>.
- ²⁰ Dunn, Melissa, Emily Peterson Johnson, Beatrice Smith, Maria Cooper, and Nimisha Bhakta B. 2021. "Perspectives on Workforce Development Needs for Community Health Workers (CHWs): Results from a Statewide Survey of CHW Employers." *Journal of Community Health* 46: 1020–1028. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-00986-1>.
- ²¹ Pandya, Shivani, Mukesh Hamal, Timothy Abuya, Richard Kintu, Daniel Mwanga, Charlotte Warren, and Smisha Agarwal. 2022. "Understanding Factors That Support Community Health Worker Motivation, Job Satisfaction, and Performance in Three Ugandan Districts: Opportunities for Strengthening Uganda's Community Health Worker Program." *International Journal of Health Policy and Management* 11 (12): 2886-2894. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6219>.
- ²² Raven, Joanna, Haja Wurie, Ayesha Idriss, Abdulai Jawo Bah, Amuda Baba, Gartee Nallo, Karsor K Kollie et al. 2020. "How Should Community Health Workers in Fragile Contexts be Supported: Qualitative Evidence from Sierra Leone, Liberia and Democratic Republic of Congo." *Human Resources for Health* 18 (58). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00494-8>.
- ²³ Mupara, Lucia, John J.O. Mogaka, William R. Brieger, and Joyce M. Tsoka-Gwegweni. 2022. "The Extent of Integration of Community Health Worker Programs Into National Health Systems: Case Study of Botswana." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 59. <https://doi.org/10.1177/00469580221093170>.
- ²⁴ Abdel-All, Marwa, Blake Angell, Stephen Jan, Martin Howell, Kirsten Howard, Seye Abimbola, and Rohina Joshi. 2019. "What Do Community Health Workers Want? Findings of a Discrete Choice Experiment Among Accredited Social Health Activists (ASHAs) in India." *BMJ Global Health* 4:e001509. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001509>.
- ²⁵ Ved, R., K Scott, G Gupta, O Ummer, S Singh, A Srivasta, and A S George. 2019. "How Are Gender Inequalities Facing India's One Million ASHAs Being Addressed? Policy Origins and Adaptations for the World's Largest All-Female Community Health Worker Programme." *Human Resources for Health* 17 (3). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338-0>.
- ²⁶ Mays, Daniel C, Edward J O'Neil Jr, Edison A Mworozzi, Benjamin J Lough, Zachary J Tabb, Ashlyn E Whitlock, Edward M Mutimba et al. 2017. "Supporting and Retaining Village Health Teams: An Assessment of a Community Health Worker Program in Two Ugandan Districts." *International Journal for Equity in Health* 16 (129). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0619-6>.
- ²⁷ Tekle, Merhawi Gebremedhin, Habtamu Milkias Wolde, Girmay Medhin, Alula M Teklu, Yebeltal Kiflie Alemayehu, Esie Gebrewahd Gebre, Frehiwot Bekele et al. 2022. "Understanding the Factors Affecting Attrition and Intention to Leave of Health Extension Workers: A Mixed Methods Study in Ethiopia." *Human Resources for Health* 20 (20). <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00716-1>.
- ²⁸ Colvin, Christopher J, Steve Hodgins, and Henry B Perry. 2021. "Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 8. Incentives and Remuneration." *Health Research Policy and Systems* 19 (S3), 106. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>.



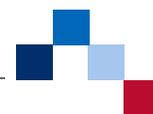
- ²⁹ Hämmerli, Pauline, Alida Datchoua Moukam, Ania Wisniak, Jessica Sormani, Pierre Vassilakos, Bruno Kenfack, Patrick Petignat et al. 2022. "My Motivation Was to Save": A Qualitative Study Exploring Factors Influencing Motivation of Community Healthcare Workers in a Cervical Cancer Screening Program in Dschang, Cameroon." *Reproductive Health* 19 (133). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01420-y>.
- ³⁰ Naal, Hady, Rebecca Mendelsohn, Dayana Brome, Aya Noubani, Dana Nabulsi, Dina Muhieddine, and Shadi Saleh. 2021. "Evaluating a Capacity Building Program on Women's Health for Displaced Community Health Workers in Fragile Settings in Lebanon." *Human Resources for Health* (19) 37. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00585-0>.
- ³¹ Ormel, Hermen, George Oele, Maryse Kok, Happiness Oruko, Beatrice Oluoch, Eefje Smet, and Dorcus Indalo. 2021. "Reducing Unmet Need for Contraceptive Services Among Youth in Homabay and Narok Counties, Kenya: The Role of Community Health Volunteers – A Qualitative Study." *BMC Health Services Research* 21 (405). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06363-x>.
- ³² Closser, Svea, and Surendra Singh Shekhawat. 2021. "The Family Context of ASHA and Anganwadi Work in Rural Rajasthan: Gender and Labour in CHW Programmes." *Global Public Health* 17 (9): 1973-1985. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1970206>.
- ³³ Ejigu, Yohannes, Netsanet Abera, Werissaw Haileselassie, Negalign Berhanu, Biniyam Tadesse Haile, Frehiwot Nigatu, Nurhan Twefik, et al. 2023. "Motivation and Job Satisfaction of Community Health Workers in a Mixed-Methods Approach." *Human Resources for Health* 21:35. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00818-4>.
- ³⁴ Jigssa, Habtamu Abdissa, Binyam Fekadu Desta, Hibret Alemu Tilahun, Jen McCutcheon, and Peter Berman. 2018. "Factors Contributing to Motivation of Volunteer Community Health Workers in Ethiopia: The Case of Four Woredas (Districts) in Oromia and Tigray regions." *Human Resources for Health* 16 (57). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0319-3>.
- ³⁵ Anabui, Olenga, Tamala Carter, Matthew Phillippi, Dominique G. Ruggieri, Shreya Kangovi. 2021. "Developing Sustainable Community Health Worker Career Paths." [Developing Sustainable Community Health Worker Career Paths | Milbank Memorial Fund](#).
- ³⁶ Ngilangwa, David P and George S Mgomella. 2018. "Factors Associated with Retention of Community Health Workers in Maternal, Newborn and Child Health Programme in Simiyu Region, Tanzania." *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 10 (1): e1-e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1506>.
- ³⁷ Parray, Ateeb Ahmad, Sambit Dash, Md. Imtiaz Khalil Ullah, Zuhrat Mahfuza Inam, Sophia Kaufman. 2021. "Female Community Health Workers and Health System Navigation in a Conflict Zone: The Case of Afghanistan." *Frontiers in Public Health* 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.704811>.
- ³⁸ Najafizada, Said Ahmad Maisam, Ronald Labonté, and Ivy Lynn Bourgeault. 2019. "HRH Dimensions of Community Health Workers: A Case Study of Rural Afghanistan." *Human Resources for Health* 17 (12). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0347-7>.
- ³⁹ Moosa, Shabir, Anselme Derese, and Wim Peersman. 2017. "Insights of Health District Managers on the Implementation of Primary Health Care Outreach Teams in Johannesburg, South Africa: A Descriptive Study with Focus Group Discussions." *Human Resources for Health* 15 (7). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0183-6>.
- ⁴⁰ Ozano, Kim, Padam Simkhada, Khem Thann, and Rose Khatri. 2018. "Improving Local Health Through Community Health Workers in Cambodia: Challenges and Solutions." *Human Resources for Health* 16 (2). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0262-8>.
- ⁴¹ Okereke, Ekechi and Babatunde Ahonsi. 2021. "Working Towards Universal Health Coverage: A Qualitative Study to Identify Strategies for Improving Student Enrolment for the Pre-service Training of Nurses, Midwives and Community Health Workers in Nigerian Health Training Institutions." *Human Resources for Health* 19 (18). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00560-9>.



- ⁴² Ormel, Hermen, Maryse Kok, Sumit Kane, Rukhsana Ahmed, Kingsley Chikaphupha, Sabina Faiz Rashid, Daniel Gemechu et al. 2019. "Salaried and Voluntary Community Health Workers: Exploring How Incentives and Expectation Gaps Influence Motivation." *Human Resources for Health* 17 (59). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0387-z>.
- ⁴³ Wintrup, James. 2022. "Promising Careers? A Critical Analysis of a Randomized Control Trial in Community Health Worker Recruitment in Zambia." *Social Science & Medicine* 299. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114412>.
- ⁴⁴ Okereke, Ekechi and Babatunde Ahonsi. 2021. "Working Towards Universal Health Coverage: A Qualitative Study to Identify Strategies for Improving Student Enrolment for the Pre-service Training of Nurses, Midwives and Community Health Workers in Nigerian Health Training Institutions." *Human Resources for Health* 19 (18). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00560-9>.
- ⁴⁵ Musoke, David, Edwinah Atusingwize, Rawlance Ndejjo, Charles Ssemugabo, Penelope Siebert, and Linda Gibson. 2021. "Enhancing Performance and Sustainability of Community Health Worker Programs in Uganda: Lessons and Experiences from Stakeholders." *Global Health: Science and Practice* 9 (4): 855-868. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00260>.
- ⁴⁶ Scott, Kerry, S W Beckham, Margaret Gross, George Pariyo, Krishna D Rao, Giorgio Cometto, and Henry B Perry. 2018. "What Do We Know About Community-based Health Worker Programs? A Systematic Review of Existing Reviews on Community Health Workers." *Human Resources for Health* 16 (39). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>.
- ⁴⁷ Perry, Henry B and Stephen Hodgins. 2021. "Health for the People: Past, Current, and Future Contributions of National Community Health Worker Programs to Achieving Global Health Goals." *Global Health: Science and Practice* 9 (1): 1-9. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00459>.
- ⁴⁸ Phiri, Sydney Chauwa, Margaret Lippitt Prust, Caroline Phiri Chibawe, Ronald Misapa, Jan Willem van den Broek, and Nikhil Wilmink. 2017. "An Exploration of Facilitators and Challenges in the Scale-Up of a National, Public Sector Community Health Worker Cadre in Zambia: A Qualitative Study." *Human Resources for Health* 15 (40). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0214-3>.
- ⁴⁹ Ramukumba, Mokholelana Margaret. 2020. "Exploration of Community Health Workers' Views About in Their Role and Support in Primary Health Care in Northern Cape, South Africa." *Journal of Community Health* 45: 55-62. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00711-z>.
- ⁵⁰ Miller, Nathan P, Farid Bagheri Ardestani, Hannah Sarah Dini, Fouzia Shafique, Nureyan Zunong. 2020. "Community Health Workers in Humanitarian Settings: Scoping Review." *Journal of Global Health* 10 (2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020602>.
- ⁵¹ Mohajer, Nicole and Debra Singh. 2018. "Factors Enabling Community Health Workers and Volunteers to Overcome Socio-cultural Barriers to Behaviour Change: Meta-synthesis Using the Concept of Social Capital." *Human Resources for Health* 16 (63). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0331-7>.
- ⁵² Rahman, Mahbubur, Tania Jahir, Farzana Yeasmin, Farzana Begum, Mosammot Mobashara, Khobair Hossain, Rizwana Khan et al. 2021. "The Lived Experiences of Community Health Workers Serving in a Large-Scale Water, Sanitation, and Hygiene Intervention Trial in Rural Bangladesh." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (7): 3389. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073389>.
- ⁵³ Ved, R., K Scott, G Gupta, O Ummer, S Singh, A Srivasta, and A S George. 2019. "How Are Gender Inequalities Facing India's One Million ASHAs Being Addressed? Policy Origins and Adaptations for the World's Largest All-Female Community Health Worker Programme." *Human Resources for Health* 17 (3). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338-0>.
- ⁵⁴ Najafizada, Said Ahmad Maisam, Ronald Labonté, and Ivy Lynn Bourgeault. 2019. "HRH Dimensions of Community Health Workers: A Case Study of Rural Afghanistan." *Human Resources for Health* 17 (12). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0347-7>.



- ⁵⁵ Kinshella, Mai-Lei Woo, Helena Boene, Esperança Sevene, Anifa Valá, Sumedha Sharma, Marianne Vidler, Laura A Magee et al. 2022. "How Gender Influenced the Experience of Using a mHealth Intervention in Rural Mozambique: Secondary Qualitative Analysis of Community Health Worker Survey Data." *Frontiers in Global Women's Health* 3. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.661000>.
- ⁵⁶ Raven, Joanna, Haja Wurie, Amuda Baba, Abdulai Jawo Bah, Laura Dean, Kate Hawkins, Ayesha Idriss et al. 2022. "Supporting Community Health Workers in Fragile Settings from a Gender Perspective: A Qualitative Study." *BMJ Open* 12:e052577. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052577>.
- ⁵⁷ Bhaumik, Soumyadeep, Sandeep Moola, Jyoti Tyagi, Devaki Nambiar, and Misimi Kakoti. 2020. "Community Health Workers for Pandemic Response: A Rapid Evidence Synthesis." *BMJ Global Health* 5 (6):e002769. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002769>.
- ⁵⁸ Murphy, Joshua, Aneesa Moolla, Sharon Kgowedi, Constance Mongwenyana, Sithabile Mngadi, Nkosinathi Ngcobo, Jacqui Miot, Denise Evans, Sophie Pascoe. 2021. "Community Health Worker Models in South Africa: A Qualitative Study on Policy Implementation of the 2018/19 Revised Framework." *Health Policy and Planning* (36) 4: 384–396. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa172>.
- ⁵⁹ Maes, Kenneth, Svea Closser, Yihew Tesfaye, and Roza Abesha. 2019. "Psychosocial Distress Among Unpaid Community Health Workers in Rural Ethiopia: Comparing Leaders in Ethiopia's Women's Development Army to Their Peers." *Social Science & Medicine* 230: 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.005>.
- ⁶⁰ Closser, Svea, Harriet Napier, Kenneth Maes, Roza Abesha, Hana Gebremariam, Grace Backe, Sarah Fossett et al. 2019. "Does Volunteer Community Health Work Empower Women? Evidence from Ethiopia's Women's Development Army." *Health Policy and Planning* 34 (4): 298–306. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz025>.
- ⁶¹ World Health Organization. 2020b. *What Do We Know About Community Health Workers? A Systematic Review of Existing Reviews*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340717/9789241512022-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ⁶² Simkoko, Abigail and Frank Gondwe. 2020. *Malawi's Community Health Worker Program*. [Malawi's Community Health Worker Program \(chwcentral.org\)](http://malawi.chwcentral.org).
- ⁶³ Perry, Henry. 2023. *Chapter 2: A Brief History of Community Health Workers*. https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History_0.pdf
- ⁶⁴ United States Agency for International Development (USAID). 2020. "Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe." *United States Agency for International Development*. <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/partner-content/health-for-the-people-national-chw-case-studies2020.pdf>
- ⁶⁵ Wazir, Mohammad Salim, Babar Tasneem Shaikh, and Ashfaq Ahmed. "National program for family planning and primary health care Pakistan: a SWOT analysis." *Reproductive health* 10, no. 1 (2013): 1-7.
- ⁶⁶ Government of Pakistan. 2022. "Lady Health Workers' Strategic Plan (2022-28)." Government of Pakistan Ministry of National Health Services, Regulations & Coordination. https://imis.gov.pk/docs/uhc/2022%20LHWs%20Strategic%20Plan_V11.pdf
- ⁶⁷ Government Jobs. n.d. *Revised Pay Scale 2022 – Pay Scale Chart in Pakistan*. Accessed June 21, 2023. <https://governmentjob.pk/revised-pay-scale-2022-chart/>.
- ⁶⁸ Tax.Net.Pk. 2022. *Revised Pay Scales 2022-23 | Budget 2022-23 Pakistan Salary Increase*. Accessed June 21, 2023. <https://tax.net.pk/2022/07/04/revised-pay-scales-2022-23-budget-2022-23-pakistan-salary-increase/>.
- ⁶⁹ Rogers, Ash, Lou L. Goore, Jane Wamae, Joseph R. Starnes, Stephen O. Okong'o, Vincent Okoth, and Sandra Mudhune. "Training and experience outperform literacy and formal education as predictors of community health worker knowledge and performance, results from Rongo sub-county, Kenya." *Frontiers in Public Health* 11 (2023): 1471.



Agradecimentos

O LHSS é grato pelas pessoas que doaram generosamente do seu tempo e experiência, participando e contribuindo para a convocação de peritos da LHSS e entrevistas de acompanhamento.

Essas pessoas são: Abimbola Olaniran (Community Health Impact Coalition, Nigéria), Agrey Cosmas, (USAID Afya Shirikishi Project, Tanzânia), Alhaji Bashir Idris (Community Health Practitioners Board, Nigéria), Anddy Omoluabi (Banyan Global, Nigéria), Andre-Jacques Neusy (Training for Health Equity Network, Estados Unidos), Ann Keeling (Women in Global Health, Reino Unido), Ashley Clonchmore (USAID, Estados Unidos), Assegid Samuel (Ministério da Saúde, Etiópia), Dennis Munguti (Aliança de Financiamento para a Saúde, Quênia), Doreen Ali (Ministério da Saúde, Malawi), Fatoumata Kanté (Ministério da Saúde e Ação Social, Senegal), El Hadji Baytir Samba (Redes Nacionais de Atores de Saúde Comunitária, Senegal), Emmanuel Aiyenigba (Instituto para a Melhoria da Saúde, Nigéria), Esther Lisasi (AMREF, Tanzânia), Hester Nyasulu (White Ribbon Alliance, Malawi), Humberto Rodrigues (Ministério da Saúde, Moçambique), James O'Donovan (Community Health Impact Coalition, Reino Unido), Janet Roelofse (USAID, Estados Unidos), Jennyfer Ambe (Women of Color Advancing Peace, Security and Conflict Transformation, Nigéria), Joyce Kabiru (Financing Alliance for Health, Quênia), Linda Vanotoo (Results for Development, Estados Unidos), Malneste James (AMREF, Tanzânia), McKenzie Andre (USAID, Estados Unidos), McPharlyn Kuntaja (Ministério da Saúde, Malawi), Melaku Yilma (Ministério da Saúde, Etiópia), Melanie Morrow (ICF, Estados Unidos), Mesfin Kifle (OMS, Etiópia), Nazo Kureshy (USAID, Estados Unidos), Olufolake Akeju (Banyan Global, Nigéria), Rabia Abeid Khaji (Serviço, Saúde e Desenvolvimento para Pessoas Vivendo Positivamente com HIV/AIDS, Tanzânia), Rachel Deussom (Chemonics International, Estados Unidos), Rachel Thompson (Women in Global Health, Reino Unido), Rahma Omar (AMREF, Tanzânia), Raymond Muhanji (AMREF, Quênia), Shabnum Sarfraz (Women in Global Health, Reino Unido), Temesgen Ayehu (AMREF, Etiópia), Terthu Shumbwa (Abt Associates, Namíbia), Tsegay Gebrezgher (Ministério da Saúde, Etiópia), Tuutaleni Shilyomunhu (Ministério da Saúde, Namíbia) e Twambilire Mwabungulu (AMREF, Malawi).

Projeto de Sustentabilidade do Sistema de Saúde Local

O Projeto de Sustentabilidade do Sistema de Saúde Local (LHSS) sob o IDIQ da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID, United States Agency for International Development) ajuda países de baixos e médios rendimentos na transição para sistemas de saúde sustentáveis e autofinanciados como um meio de apoiar o acesso à cobertura universal de saúde. O projeto trabalha com países parceiros e partes interessadas locais para reduzir as barreiras financeiras a cuidados e tratamentos, garantir o acesso equitativo a serviços de saúde essenciais para todas as pessoas e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Liderado pela Abt Associates, o projeto de cinco anos construirá a capacidade local para sustentar o forte desempenho do sistema de saúde, apoiando os países na sua jornada para a autossuficiência e prosperidade.

Renúncia

Este briefing foi possível graças ao apoio do povo americano através da USAID. O conteúdo é de responsabilidade exclusiva dos autores e não reflete necessariamente as opiniões da USAID ou do governo dos Estados Unidos.

Data de publicação: julho de 2023