

DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

para melhorar a motivação e desempenho
do Agente Polivalente Elementar

Colecção dos Guias de Aprendizagem

Desde que iniciou as operações em 2003, Malaria Consortium adquiriu muita experiência e conhecimento através de programas técnicos e operacionais e actividades relacionadas com o controlo da malária e de outras doenças infecciosas infantis e de doenças tropicais negligenciadas.

Do ponto de vista organizacional, Malaria Consortium está empenhada em garantir que o seu trabalho continue baseado nas lições aprendidas, através da implementação dos projectos. Exploramos para além da prática actual, experimentar formas inovadoras – através da implementação, pesquisa e desenvolvimento de políticas – para alcançar uma gestão eficaz e sustentável do controlo da doença. A colaboração e cooperação com outros parceiros implementadores, através de nosso trabalho, tem sido fundamental e muito das lições aprendidas foi alcançado através das nossas parcerias.

Esta colecção de documentos de aprendizagem visa captar e reunir parte do conhecimento, da aprendizagem e, sempre que possível, da evidência em torno do foco e eficácia do nosso trabalho. Ao partilhar este processo de aprendizagem, esperamos fornecer novos conhecimentos sobre o desenvolvimento da saúde pública, que ajudará a influenciar e promover tanto a política como as boas práticas.

Desenvolvimento de Estratégias de Intervenção [para melhorar a motivação e desempenho do agente de saúde baseado na comunidade]

Autores:

Tine Frank

Consultor

Dr Karin Källander

Coordenadora do Programa Regional, Malaria Consortium

Contribuições de:

Eleni Capsaskis

Especialista em Comunicação Regional, Malaria Consortium

Madeleine Marasciulo-Rice

Especialista em Gestão de Casos, Malaria Consortium

Daniel Strachan

Investigador Associado Sénior, University College London

Editor:

Diana Thomas

Gestor Sénior de Comunicações, Malaria Consortium

Contacto:

learningpapers@malariaconsortium.org

Moçambique: Agente Polivalente Elementar, Fernando Zacule, faz uma visita domiciliária de seguimento a uma criança doente

Foto: Ruth Ayisi/ Malaria Consortium

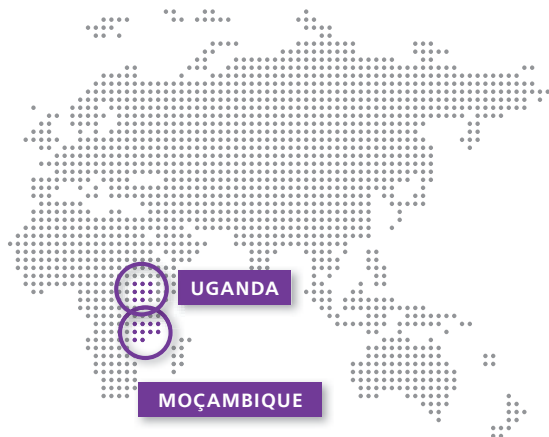




CONTEÚDO

- [2] Introdução
- [4] O processo
- [5] 1º Passo
Experiência existente e teoria
- [8] 2º Passo
Criando intervenções baseadas na teoria
- [12] Pesquisa formativa
- [15] 3º Passo
Materiais e ferramentas de monitorização
- [18] Avançando para o futuro
- [20] Lições aprendidas
- [25] Referências

Introdução



inSCALE

inSCALE é um projecto de cinco anos, financiado pela fundação Bill & Melinda Gates para identificar e encontrar soluções para as dificuldades e limitações que os Agentes de saúde baseados na comunidade (ASBC) encontram no diagnóstico e tratamento da diarreia, pneumonia e malária em crianças.

os ASBC têm o potencial para reduzir a morte de crianças provocada pela malária, pneumonia e diarreia até

60%

Os Agentes de saúde baseados na Comunidade (ASBC) denominam-se VHT (Village Health Team) no Uganda e APE (Agente Polivalente Elementar) em Moçambique

Durante a última década, a mortalidade infantil diminuiu significativamente em vários países africanos, em grande parte devido à expansão adequada do manejo da diarreia, pneumonia e malária, as três principais causas de morte entre as crianças com menos de 5 anos. Como forma de aumentar o acesso ao tratamento de crianças doentes, vários países africanos estão a investir em ASBC para fazerem o manejo integrado de casos comunitários (MICC). Se devidamente formados, equipados e utilizados, os ASBC têm o potencial para reduzir as mortes de crianças por pneumonia, malária e diarreia até 60 por cento [1]. No entanto, os programas dos ASBC têm enfrentado desafios de expansão com manutenção da eficácia, de modo essencialmente a problemas relacionados com altas taxas de desgaste motivacional e baixo desempenho dos ASBC.

A Fundação Bill & Melinda Gates está empenhada em reduzir a mortalidade infantil, contribuindo para a expansão em grande escala e sustentada de intervenções seleccionadas naqueles países da África subsahariana com maior incidência de doenças infantis. Disponibilizou um financiamento para demonstrar que os programas MICC podem ser rapidamente expansíveis em grande escala, a Fundação- através de uma série de consultas com os gestores nacionais do programa e parceiros de desenvolvimento -identificou três principais barreiras à implementação, a serem abordadas.

Em parceria com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o University College London, Malaria Consortium recebeu financiamento da Fundação Bill e Melinda Gates para gerir um projecto para enfrentar essas barreiras através de um projecto

Manejo Integrado de Casos na Comunidade

Mais de 50 por cento das doenças infantis na África sub-saariana podem atribuir-se à diarreia, pneumonia e malária – doenças que se diagnosticam e tratam com relativa facilidade e contudo permanecem a causa primária das mortes em crianças com idade inferior a 5 anos. Os pais destas crianças, no entanto, não conseguem muitas vezes ter acesso a serviços de saúde disponíveis. O manejo Integrado de Casos Comunitário (MICC) uma abordagem onde os agentes de saúde baseados na comunidade têm formação para identificar, tratar e encaminhar casos complexos de crianças com estas doenças – está cada vez mais a utilizar-se para colmatar estas lacunas na prestação de cuidados de saúde. Os programas MICC foram validados pelas mais significativas organizações internacionais e doadores, e por vários Ministérios de Saúde Africanos como estratégia-chave para a redução da mortalidade infantil.

no **Uganda**
141,000

crianças morrem antes dos
5 anos de idade ; destas

56,000

morrem de pneumonia,
malária e diarreia*

em

Moçambique

a pneumonia, malária e
diarreia são responsáveis por

44% das
mortes de
crianças

com menos de 5 anos*

denominado inSCALE - Inovações expansíveis para apoiar o acesso comunitário, com efeitos duradouros. O inScale está empenhado em identificar e testar soluções inovadoras que podem facilitar a expansão sustentável do MICC em países africanos.

O inSCALE visa demonstrar que a cobertura e o impacto dos programas MICC liderados pelo governo, podem ser alargados se se encontrarem soluções inovadoras para as limitações críticas, tais como a motivação e retenção de ASBC. Uma vez identificadas as soluções exequíveis e aceitáveis, poderão as mesmas ser utilizadas para aumentar a cobertura do MICC e melhorar a sua qualidade para que mais crianças com menos de 5 anos de idade tenham rápido acesso a tratamento apropriado.

Para alcançar os objectivos finais, há que atingir vários e diversos resultados clínicos e também comportamentais e, por conseguinte, vários diferentes actores teriam de ser influenciados - desde membros da comunidade, ASBCs, profissionais de saúde distritais, do nível central e governamental. Para chegar a estes resultados, Malaria Consortium formou uma equipa multi-disciplinar – a equipa técnica do inSCALE

– que junta especialistas clínicos e técnicos, epidemiologistas, cientistas sociais e economistas da saúde. Um factor-chave para o êxito, foi o envolvimento em profundidade desta equipa em cada etapa/fase do processo, resultando na concepção feita à medida de um conjunto de estratégias de intervenção, baseadas em evidência.

Durante o período de Janeiro de 2010 a Agosto de 2012, a equipa técnica do inSCALE desenvolveu dois pacotes de intervenção – dois para o Uganda e um para Moçambique - desenhados para influenciar positivamente a motivação, retenção e desempenho entre ASBC. A primeira abordagem envolvendo actividades de base tecnológica a serem implementadas em ambos os países, e a segunda, através de inovações baseadas na comunidade, só no Uganda.

Este documento resume o processo adoptado pelo inSCALE para identificar as barreiras à motivação e desempenho dos ASBCs no Uganda e em Moçambique e documenta as soluções inovadoras para fazer face a estes desafios que são potencialmente aceitáveis e exequíveis, incluindo a base conceptual para o desenho das duas intervenções desenvolvidas.

Três principais barreiras à implementação a serem abordados

- ASBC minimamente formados necessitam de **supervisão de apoio** frequente, para operarem com eficácia; contudo as distâncias das unidades de saúde e serviços distritais e a falta de transporte, a par de sistemas de fluxo da informação pouco desenvolvidos, apresentam um desafio contínuo à implementação de supervisão eficaz.
- **Motivação** – através de remuneração ou de outra forma – é uma barreira crítica na maior parte dos países. Muitos governos estão reticentes em afectar fundos e criar milhares de novos postos de funcionários públicos, porém não têm abordagens alternativas para motivar os ASBCs e manter os seus serviços de prestação de saúde eficazes e operacionais
- **A documentação** dos processos e resultados do programa de implementação, e a **partilha** de soluções com os distritos que vão iniciar a implementação é escassa, o que conduz ao desperdício contínuo e significativo de tempo e de recursos

O processo

VHT (conhecido como membro da equipa de saúde da aldeia) Sewanyana Christopher faz o registo do tratamento de uma criança, Hoima, Uganda

O rigoroso processo utilizado, que levou à concepção de dois pacotes de intervenção inovadores baseou-se numa combinação de métodos concebidos para compreender melhor os principais obstáculos à supervisão regular e eficaz e à motivação dos ASBCs. Para além da aplicação de teorias subjacentes de motivação dos trabalhadores, um elemento-chave do processo foi compreender verdadeiramente como o contexto pode criar impacto na motivação e no desempenho dos ASBCs antes de identificar e desenvolver potenciais soluções.

A seguir a cada passo do processo, a equipa inSCALE reuniu-se para avaliar resultados, a fim de esclarecer e definir actividades, pesquisas, ou revisões adicionais necessárias à elaboração do passo seguinte. No início, uma ampla rede de trabalho foi lançada, para que estas reuniões servissem para de forma sistemática apurar informações e refinar ideias em cada um dos passos, envolvendo permanentemente todos os membros da equipa técnica do inSCALE.



1º Passo

Experiência existente e teoria

No início do projecto inSCALE houve uma vasta análise e consultas para garantir que as intervenções desenhadas partissem da experiência de trabalho anterior e teoria adequada. Havia um foco adicional sobre o uso destas fontes para identificar áreas de necessidade potencial para inovação. Uma reunião inicial da equipa, determinou o processo de decisão sobre o quê e porquê avaliar e as áreas a serem abrangidas foram identificadas. O resultado foram as três vertentes abaixo descritas, que foram atribuídas aos membros da equipa com especialidade relevante, e cada um deles realizou extensas análises, cujos resultados foram apresentados e discutidos em reuniões posteriores.

Revisão da Literatura

A literatura existente sobre 10 assuntos diferentes dentro das áreas de supervisão, motivação e incentivos (incluindo o pagamento por desempenho), a utilização de dados na melhoria da qualidade, m-Saúde, desenvolvimento comunitário, e gestão, negócios e recursos humanos foi profundamente revista e informações relevantes extraídas. Áreas “fora-do-alvo” tais como abordagens corporativas, foram incluídas para oferecer uma nova perspectiva para estimular a discussão e o debate.

Análise da história e do contexto

Os contextos históricos do Uganda e de Moçambique no que se relaciona com os programas dos ASBCs foram revistos para garantir que todos os precedentes fossem tidos em consideração [2]. A forma como o fluxo dos dados de rotina circulam através dos sistemas de informação de saúde, foram igualmente documentados.

Os países onde o projecto inSCALE está a ser implementado variam fortemente nos programas dos ASBCs, o que torna este exercício essencial para compreender quais as inovações que podem funcionar e como incorporá-las nas estruturas actuais. Uma das maiores diferenças, por exemplo, é a cobertura dos ASBCs.



1º Passo Compreender a experiência relevante do programa e teoria

Em Moçambique, um APE cobre aproximadamente 2,000 membros da comunidade que vivem num raio de 8-25 km do local onde o APE exerce a sua actividade, enquanto que os VHT do Uganda deveriam estar presentes em todas as aldeias e normalmente cobrir entre 250 a 500 pessoas. Tal variação poderia afectar a viabilidade de algumas inovações, sendo pois importante que se fizessem ajustamentos na concepção dos pacotes de intervenção para cada país.

Consultas a Especialistas

Quinze intervenientes internacionais com uma vasta experiência em programas de investigação relacionada com os ASBCs, foram consultados para se obter as suas opiniões, aprender lições e catalogar recomendações relevantes para a prática inovadora [3]. Algumas questões fundamentais foram aqui relevantes na implementação do projecto inSCALE (por exemplo, a importância

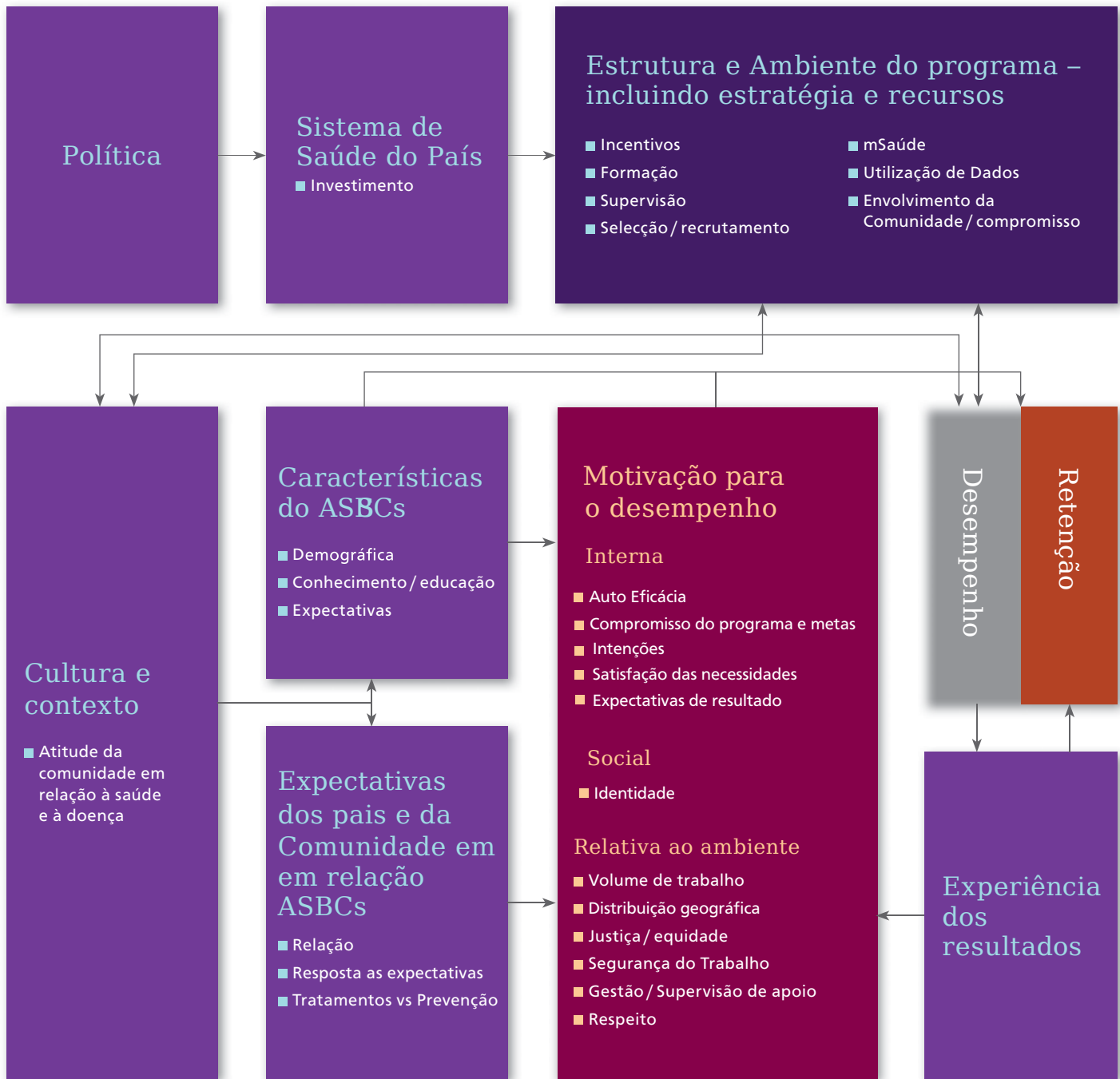
da selecção dos ASBCs liderada pela comunidade em oposição às nomeações por chefes da aldeia e funcionários distritais), mas foram documentadas para servirem como importantes recomendações-chave para outros distritos ou países a implementarem programas MICC no futuro.

Este exercício ajudou a extrair e esclarecer as melhores práticas que já se sabe que funcionam pelo que não necessitam de mais testagem e, igualmente, a identificar abordagens que se demonstraram ser promissoras mas que não tinham sido suficientemente testadas.

Utilizando os resultados, foi desenvolvido um quadro detalhado usando os modelos propostos [4] para países de baixa renda, combinados com a teoria da motivação e incentivos. O objectivo deste quadro, foi o de informar o desenvolvimento de intervenções e fornecer orientação quando se procura compreender o seu impacto.

Um VHTa praticar utilizando o uso de um telefone móvel, com o interface do inSCALE para envio de dados. (Uganda)





- O que o inSCALE procura compreender quando desenha as intervenções, é o que vai informar sobre o seu impacto
- O que o projecto procura influenciar através das intervenções
- Factores propostos como de maior relevância para a motivação dos ASBC
- Resultado do projecto
- Resultado do projecto

Quadro para informar o desenvolvimento das intervenções para influenciar o desempenho e retenção dos ASBCs

2º Passo

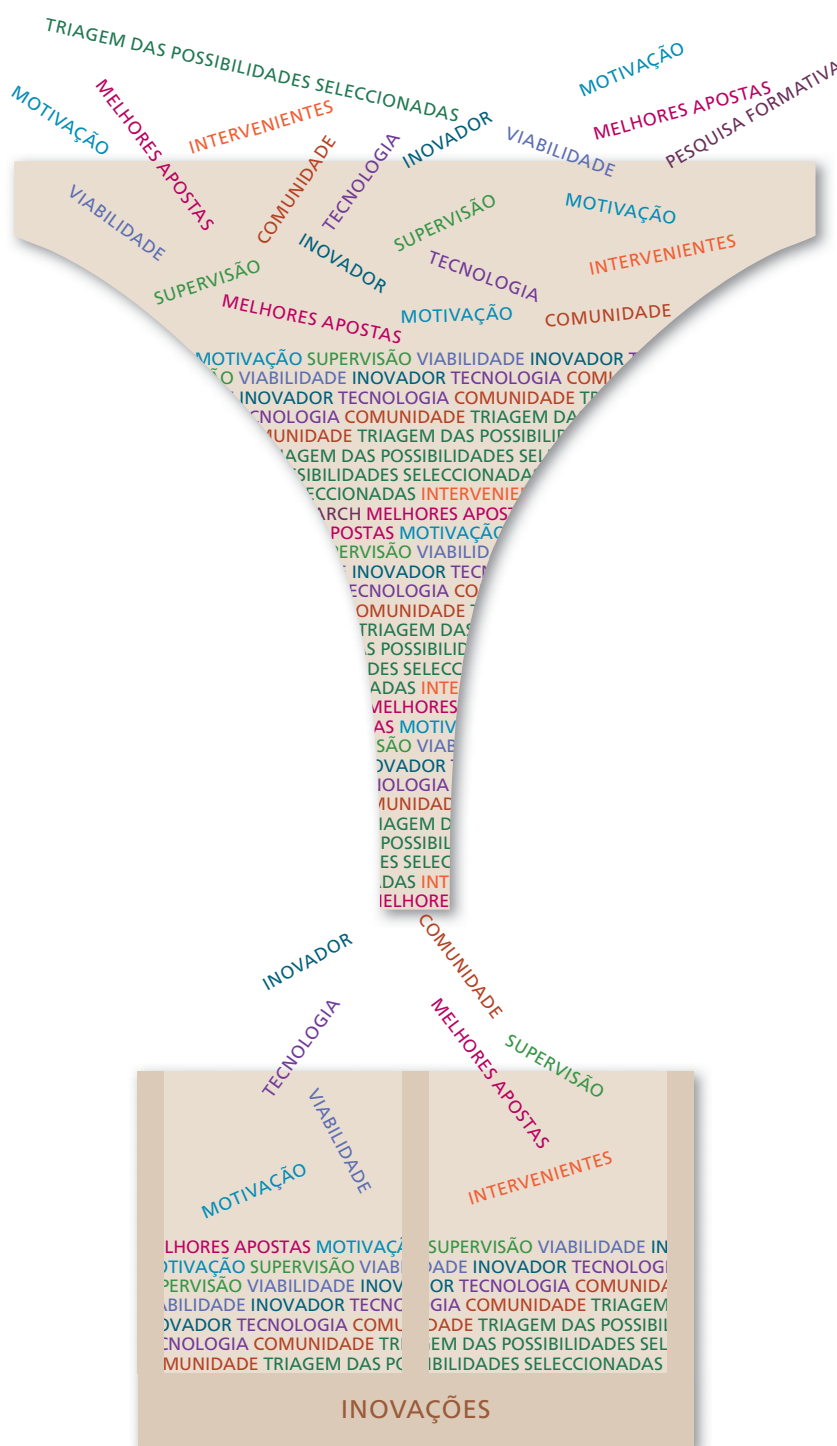
Criando intervenções baseadas nas teorias

Na sequência da avaliação dos resultados teóricos, a equipa inSCALE começou o extenso processo de maior estreitamento dos potenciais métodos de intervenção e inovações. Alguns foram identificados como melhores práticas e adicionados ao “banco de recursos”, enquanto outros foram classificados como “melhores apostas” para os contextos do Uganda e de Moçambique.

As ‘melhores apostas’

Da análise da teoria e experiência prévia, uma longa lista de potenciais actividades utilizando abordagens inovadoras foi elaborada. Usando uma tabela padrão que foi desenhada para extrair intervenções (descrição, fonte, métodos, viabilidade, moderadores) a equipa trabalhou de forma independente na compilação da lista. Durante os encontros da equipa, as ‘melhores apostas’ – sendo as abordagens mais relevantes, viáveis e inovadoras dentro dos prazos do projecto – foram apresentadas e debatidas. Finalmente, quatro ou cinco foram seleccionadas com base em classificações para:

- potencial impacto
- capacidade para satisfazer as necessidades exigidas
- aceitabilidade
- viabilidade e sustentabilidade



.....

“

Dado o grande número de revisões produzidas pela equipa, a abordagem das “melhores apostas” foi sugerida como forma de acelerar o processo de discussão e selecção. Este exercício foi incrivelmente bem sucedido e útil, pois assegurou que todos os membros da equipa obtivessem uma visão geral de cada tópico e tivessem a oportunidade de comparar e analisar as melhores apostas sugeridas a partir de todas as revisões

”

Karin Källander, Programa Regional
Coordenadora inSCALE,
Malaria Consortium

.....

Desde o início, o projecto inSCALE pretendeu desenvolver duas intervenções diferentes para abordar a motivação e a supervisão, respectivamente. Contudo, durante o primeiro passo, que se concentrou na compreensão da teoria subjacente, o que surgiu foi que as duas áreas não eram facilmente separáveis. Em consequência, foi tomada a decisão de alterar a abordagem, para projectar dois pacotes de intervenção em que cada um abordasse a motivação e a supervisão mas de formas muito distintas. Desta selecção final, decidiram-se actividades inovadoras apropriadas que se agruparam em dois conjuntos: uma vertente tecnológica e uma vertente baseada na comunidade.

Ambas abordagens visavam influenciar positivamente a motivação e retenção dos ASBC ao promover o seu sentido de identidade colectiva.

No final do exercício das “melhores apostas”, a lista foi reduzida a 17 potenciais inovações sob a vertente tecnológica e 13 sob a da comunidade para o Uganda, e sete e cinco respectivamente para Moçambique. Uma vez que as actividades do projecto estavam um passo à frente no Uganda, as decisões tomadas para Moçambique estariam em parte baseadas nas lições aprendidas no Uganda, com actividades simplificadas combinadas em conformidade.

1. Abordagem baseada na tecnologia

Promover a aprendizagem e o apoio aos ASBC utilizando a tecnologia de informação e comunicação (TIC) para melhorar o desempenho, motivação e retenção dos ASBC.

Quando o contacto presencial não é frequente, esta abordagem visa utilizar tecnologia de baixo custo, através do desenvolvimento de ferramentas e aplicações para os telefones móveis, para aumentar a percepção dos ASBC de estarem ligados a um vasto sistema de saúde. A abordagem será utilizada para dar apoio à motivação através da auto-aprendizagem, fornecimento de auxiliares de trabalho, assistência no envio de dados, e fornecimento de retorno relacionado com o desempenho individual. Visa também prestar apoio de supervisão e oferecer apoio na resolução de problemas e apoio dos colegas. Os telefones móveis em si, proporcionam um benefício acrescido por serem um símbolo de estatuto social.

2. Abordagem apoiada na comunidade

Promover os ASBCs como bens essenciais de saúde da aldeia para melhorar o desempenho, motivação e retenção dos ASBCs.

Esta abordagem visa realçar o valor percebido dos ASBCs, tanto pelos próprios como pelas comunidades que servem, através de actividades locais inclusivas e participativas. Isto não só levará à elevação do estatuto dos ASBCs, mas também aumentará a procura dos seus serviços, contribuindo para a sustentabilidade da sua função.

Pelos intervenientes do Uganda, apesar de ser visto como globalmente viável e aceitável:

Actividade: Reunião de orientação na comunidade após a formação para esclarecer a função ASBC e compreender todas as expectativas dos intervenientes

Decisão: actividade posta de parte

Justificação: Os intervenientes enfatizaram que esta já é uma actividade recomendada nas orientações estratégicas pelo que não seria inovadora

Pelos intervenientes do Uganda por se considerar de baixa viabilidade:

Actividade: Terciarização da supervisão para um novo quadro de supervisores não-trabalhadores de saúde usando abordagens de melhores práticas de recrutamento

Decisão: actividade posta de parte

Justificação: Os intervenientes sentiram que o país ainda não está preparado para este tipo de supervisão

Triagem das possibilidades seleccionadas

Ao trabalhar com pessoal-chave dos Ministérios da Saúde ao nível distrital e central no Uganda e Moçambique respectivamente, realizaram-se discussões para estabelecer as opiniões individuais dos intervenientes, sobre a viabilidade e aceitação de potenciais actividades, classificando-as. A metodologia da triagem das possibilidades seleccionadas [5] foi então utilizada para criar uma lista abreviada de actividades para levar à fase de desenvolvimento, um processo que deu visões úteis sobre as percepções dos participantes. Como benefício secundário, este passo do processo também encorajou um conhecimento prematuro do projecto inSCALE entre pessoas-chave do governo.

No Uganda, um total de cinco entrevistas e três sessões de grupo foram realizadas, envolvendo 23 participantes. Em Moçambique, tiveram lugar cinco entrevistas e cinco discussões de grupo. Com base no retorno, a equipa do inSCALE conseguiu reduzir a lista de potenciais inovações às seguintes:

No Uganda, cinco das 8 actividades propostas, baseadas na comunidade, foram postas de parte – ou foram incorporadas em actividades relevantes que foram levadas para a fase de desenvolvimento seguinte. 4 de 10 sob a vertente tecnológica também foram postas de parte.

Devido a atrasos externos e constrangimentos de tempo do projecto, só foi desenvolvido um pacote de intervenção para Moçambique; a vertente baseada em tecnologia, reduzido a 6 actividades nesta fase. O raciocínio principal por detrás da escolha da abordagem tecnológica em detrimento das actividades comunitárias, baseou-se em conclusões da triagem das possibilidades seleccionadas, que evidenciaram que a estratégia do programa dos APEs já incorporava componentes comunitárias substanciais. Apesar destas poderem não estar a trabalhar na sua capacidade óptima, as actividades comunitárias propostas, não foram vistas como particularmente inovadoras no contexto Moçambicano.

Moçambique: APE ponderam opções para a melhor abordagem para lhes prestar apoio





Pesquisa formativa

.....

No Uganda, realizaram-se

61 entrevistas em profundidade e

15 discussões com os grupos de discussão focal para ambos os pacotes

.....

Em Moçambique a pesquisa formativa incluiu

26 entrevistas em profundidade e

4 discussões com os grupos de discussão focal para a intervenção tecnológica

.....

Com a lista final das 15 potenciais actividades transversais aos dois pacotes de intervenção nos dois países, a estrutura geral das intervenções tinha sido definida. A fase da pesquisa formativa iria agora ajudar a aperfeiçoar as actividades ao graduar as opiniões dos ASBCs, seus supervisores, funcionários distritais e os implementadores-chave do programa, bem como dos prestadores de cuidados, chefes de família e os líderes tradicionais das comunidades, sobre o seguinte:

- O potencial das inovações propostas irem ao encontro das necessidades e de terem impacto (em termos de atingirem os objectivos do projecto)
- Viabilidade da implementação em termos de expansão das actividades propostas
- Aceitação das actividades propostas pelos próprios ASBCs, seus supervisores, comunidades, distritos e Ministério da Saúde.

Foram recrutados e formados trabalhadores para realizar a pesquisa formativa em duas rondas no Uganda - uma com foco na vertente tecnológica e a outra nas inovações da comunidade. Em Moçambique houve uma ronda de base tecnológica, que foi seguida por uma entrevista aos APEs e discussão de grupos focais. O retorno recebido levou a alterações aos formulários de recolha dos dados, que foram testados novamente num distrito diferente, e depois de finalizados

No Uganda, realizaram-se 61 entrevistas em profundidade e 15 discussões com os grupos de discussão focal no total para ambos os pacotes de intervenção. A pesquisa formativa em Moçambique (novamente, com as lições aprendidas a partir do Uganda) incluiu 26 entrevistas em profundidade e quatro grupos de discussão focal para a intervenção tecnológica.

Conclusões da pesquisa formativa

Tanto no Uganda como em Moçambique, os ASBCs consideram motivador o retorno positivo e o reconhecimento do seu trabalho. Valorizam a supervisão focada no desempenho porque lhes fornece conhecimentos que lhes permite melhorar a forma como servem a sua comunidade. No entanto, a supervisão através das unidades sanitárias, foi considerada esporádica devido ao volume de trabalho e aos custos de transporte.

Intervenções resultantes

Para ambos países, conduzir a supervisão baseada no desempenho através do telefone pode reduzir os custos da viagem e tornar a supervisão mais eficiente. O projecto inSCALE está a desenvolver um sistema através do qual os ASBCs podem submeter os dados MICC utilizando telefones móveis, com retorno automático, imediato e personalizado sobre o desempenho. Para o implementar, auxiliares de trabalho / ou formação adicional será necessária para apoiar os supervisores.

No Uganda, cada supervisor controla entre 25-90 VHTs, o que torna a supervisão regular da comunidade difícil. A componente de apresentação dos dados será utilizada para direccionar as visitas para os ASBCs mais fracos, enquanto que os de melhor desempenho serão encorajados a manter a motivação através de mensagens de telemóvel.

Em Moçambique, cada supervisor apenas controla 2-3 APEs mas as longas distâncias tornam a supervisão irregular, a intervenção será antes projectada para apoiar a concentração do supervisor nos tópicos que apresentam maior dificuldade para os APEs e que necessitam ser abordados em reuniões de supervisão, quer pessoalmente quer por telefone usando listas de verificação de competências.

Moçambique	Uganda
As comunidades recorrem aos APEs, consideram o seu trabalho importante e respeitam-nos; uma relação de apoio que é valorizada pelos APEs.	Posição e estatuto na comunidade é importante para os VHTs; porém, muitos sentem que o seu trabalho e objectivos não são bem compreendidos pelas suas comunidades.
PORTANTO	
A concepção da inovação deverá realçar o apoio da comunidade e utilizar termos com significado para os APEs, tais como "reputação, respeito e reconhecimento".	A concepção da inovação deverá visar o aumento da posição e estatuto dos VHTs, para melhorar a motivação através, por exemplo, da promoção de um maior nível de envolvimento dos líderes comunitários no trabalho dos VHTs.

Legenda: Conclusões da pesquisa formativa a mostrar as diferenças entre o Uganda e Moçambique



Os dados deste extenso exercício de pesquisa qualitativa foram analisados e sintetizados em três relatórios distintos de pesquisa formativa. Os resultados foram apresentados em workshops onde as implicações relativas à aceitação e viabilidade da inovação proposta foram discutidas. Foram tomadas

decisões finais sobre as actividades que cumpriam as metas do projecto da forma mais eficaz possível. O resultado: dois pacotes de intervenção, seguindo vertentes diferentes para atingir os mesmos objectivos, prontos para a concepção, desenvolvimento e pré-testagem.



Duas abordagens para melhorar a motivação e o desempenho dos ASBCs

3º Passo

Materiais e ferramentas de monitorização

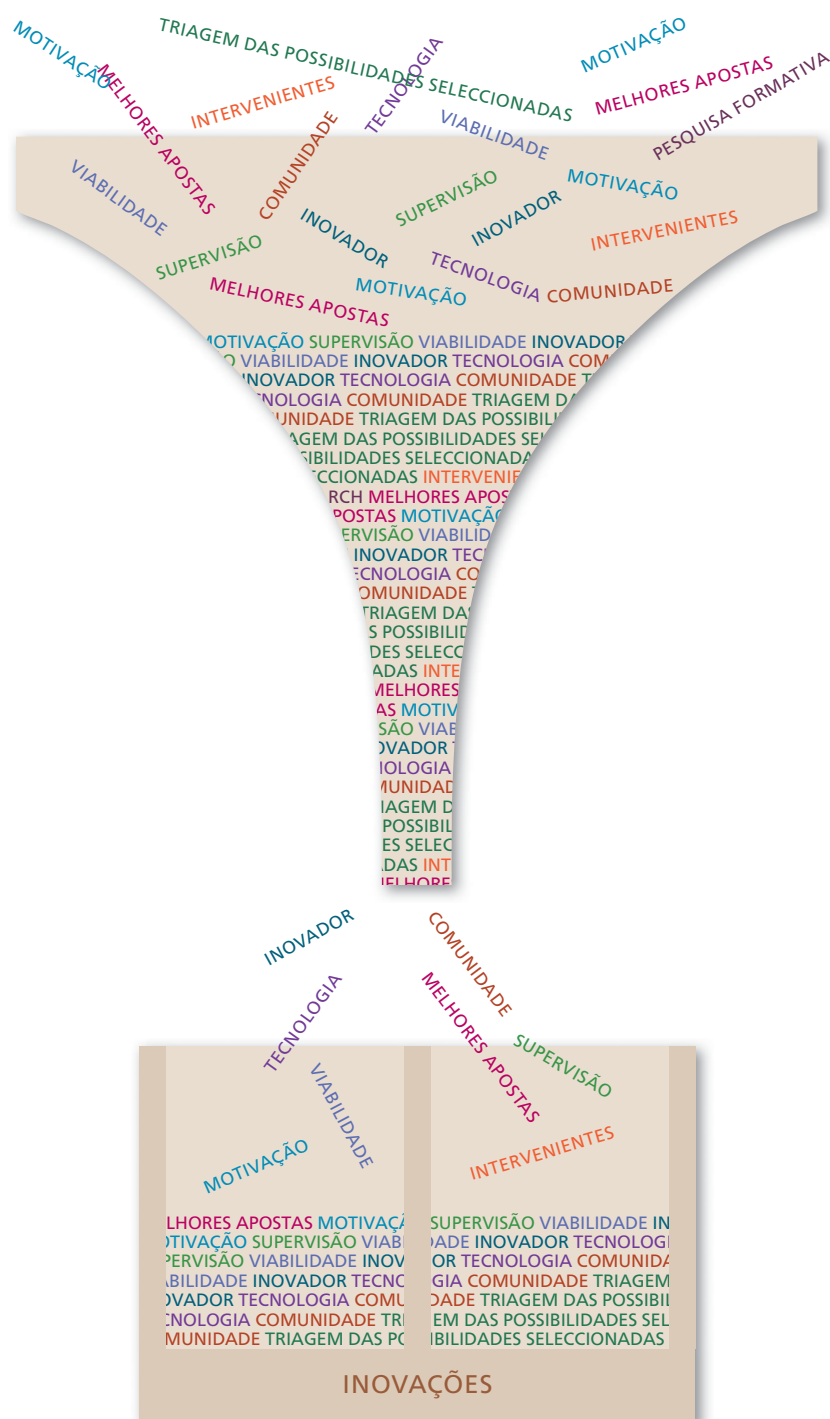
Na conclusão da etapa da teoria e investigação, a equipa inSCALE tinha definido duas estratégias de intervenção para influenciar a motivação e retenção dos ASBCs através de duas vertentes diferentes.

As inovações sob a vertente tecnológica foram claramente delineadas, permitindo um desenvolvimento extensivo de software inovador para telefones móveis e sistemas de retorno complexos incluindo: interface para (1) reportar semanalmente por telefone; (2) mensagens de retorno para os ASBCs; (3) algoritmos que irão gerar mensagens alerta para os supervisores e (4) mensagens mensais de motivação para os ASBCs.

Enquanto o processo de concepção da vertente tecnológica foi relativamente linear, o desenvolvimento e desenho da vertente comunitária foi circular, avançando e recuando entre as conclusões dos 1º e 2º passos. Eventualmente, avançou-se para os Clubes de Saúde na Aldeia, uma abordagem participativa que assenta em cinco pilares-chave, utilizando um ciclo de quatro fases para empenhar os membros da comunidade. Esta abordagem da base para o topo – promotora de inclusão, equidade, justiça, com enfoque na congregação de esforços para agir e procurar soluções para os problemas de saúde infantil – foi escolhida entre várias soluções propostas baseadas na comunidade, após retorno positivo durante a testagem em três locais diferentes.

Uma vez concluídas as fases de projecto e desenvolvimento, estas estratégias foram preparadas para implementação: os conteúdos de cada mensagem foram concluídos, os materiais de apoio desenvolvidos, testados e produzidos.

Para apoiar as actividades e monitorar a formação para assegurar a qualidade da implementação, um grande número de materiais de formação, auxiliares ao trabalho e ferramentas de monitorização foram desenhados em inglês e português.



2º Passo Desenho, desenvolvimento e pré-testagem das intervenções

Pré-testagem dos materiais

Para assegurar que os materiais desenvolvidos e produzidos contivessem mensagens válidas e apropriadas para serem o mais eficazes possível, foi conduzida uma pré-testagem extensiva envolvendo retorno da comunidade e do utilizador final. Por exemplo, resposta à redacção e estrutura de 12 mensagens de

texto motivacionais (SMSs) foram reunidas de 39 VHTs no Uganda, com resultados incorporados no desenho final. Igualmente, para a abordagem da comunidade, 20 membros da comunidade e VHT avaliaram imagens e mensagens-chave desenhadas como auxiliares do trabalho.

REUNIÃO 1

Formação do clube

REUNIÃO 2

Priorizar os problemas de saúde da criança, encontrar as causas e soluções; agir em casa

REUNIÃO 3

Encontrar soluções e agir em conjunto



REUNIÃO 4

Reverendo as nossas acções: Como progredimos? Que mais precisamos de fazer?

PERÍODO
DE ACÇÃO
3-4
SEMANAS

Informação aos VHTs sobre como criar e gerir um clube de saúde de aldeia

	Materiais para a Formação	Auxiliares de trabalho
Abordagem da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guia para a Formação dos Formadores, incluindo: quadro do progresso individual, formulário de observação dos colegas, formulário de avaliação do workshop do ASBC relatório de formação do ASBC ■ ‘Sumário de Sensações’ para os sub-formadores dos distritos promoverem os Clubes de Saúde na Aldeia com outros intervenientes-chave ao nível de comunidade / localidade 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lista para o flipchart de cartões de doenças infantis para facilitar o processo de quatro passos e promover sessões participativas de perguntas e respostas sobre a malária, pneumonia, diarreia, desnutrição e sinais de perigo nos recém-nascidos e crianças mais velhas ■ Kit de introdução para facilitadores, incluindo material de escritório para reuniões, certificados de desempenho cartão de membro, almofada para carimbo ; T-shirts para os facilitadores ASBC e sacos de transporte para o kit ■ Formulários de avaliação e Registo de presenças
Abordagem tecnológica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual para a Formação de Formadores para os Supervisores dos ASBC ■ Guia do Facilitador para formação sobre o sistema móvel ASBC inSCALE ■ Directrizes e Política de Utilização dos Carregadores Solares ■ Directrizes e Política de Utilização dos Telefones Móveis ■ DVD com instruções sobre o uso de telefones móveis e carregadores solares 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Como utilizar o telefone móvel Nokia e o Guia do Carregador Solar ■ Guia para enviar relatórios semanais do Telefone Móvel Nokia ■ Registo MICC fictício dos relatórios semanais ■ Formulários de avaliação e registo de presenças
Formação de Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ■ Folheto Os Quatro Cantos da Supervisão ■ Guia para Supervisão do Supervisor incluindo o formulário de avaliação ■ Guia para Supervisão do Supervisor distrital ■ Lista de verificação de competências do formador ■ Folha de avaliação do desempenho do Formador ■ Lista de avaliação do ASBC ■ Folha de avaliação do desempenho do supervisor ASBC 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guia de competências do ASBC Sistema móvel ASBC ■ Folha de avaliação do desempenho ASBCs – Sistema móvel ASBC do inSCALE

Avançando para o futuro

Ao longo dos próximos 12 meses, o projecto irá avaliar quão eficazes foram as intervenções para atingir os seus primeiros objectivos, com vista a aumentar a motivação e melhorar o desempenho entre os VHT. O processo será revisto para estabelecer se as intervenções foram transmitidas como projectadas, informar se acções correctivas são necessárias e viáveis, e explicar como e porquê as intervenções funcionam ou não funcionam. Um levantamento final irá avaliar a diferença na motivação e desempenho dos ASBC entre as áreas de intervenção e o grupo de controlo, e a proporção de crianças tratadas adequadamente.

No Uganda

800 VHTs estão envolvidos na abordagem baseada na comunidade e

1,350 na intervenção tecnológica

A vertente comunitária A vertente tecnológica

A abordagem comunitária no Uganda vai envolver 800 VHT em cinco distritos. O primeiro passo na cascata de formação foi capacitar 39 agentes para a expansão da formação, unidade de saúde encarregada e assistentes de saúde foram formados como formadores ao nível da localidade em educação de adultos, a metodologia participativa de empoderamento, e a abordagem do clube de saúde na aldeia. Por sua vez, estes formadores vão formar dois VHT em MICC, em cada aldeia como facilitadores dos clubes de saúde com orientação prática inicial e apoio do inSCALE e dos formadores-mestre do distrito. Os VHT formados, trabalharão então com os seus colegas para mobilizar os membros da comunidade para estabelecer e gerir clubes de saúde nas suas aldeias. Os formadores distritais irão realizar visitas de supervisão de apoio e seguimento aos VHT para avaliar as suas competências essenciais a executar MICC, agilizando assim o estabelecimento e gestão dos clubes de saúde na aldeia.

No Uganda, a intervenção tecnológica cobrirá 1.350 VHTs em oito distritos. Os supervisores já foram capacitados como formadores no sistema VHT móvel / inSCALE e em competências de supervisão eficazes usando ferramentas de avaliação das competências essenciais, e agora estão a formar os VHT em MICC – inicialmente com o apoio dos formadores-mestre da Malária Consortium. Os VHT formados irão voltar para as suas aldeias com telefones móveis e carregadores solares para auxiliar o seu trabalho na comunidade. Os formadores ao nível da localidade irão realizar visitas de supervisão de apoio e seguimento para garantir que são prestados cuidados adequados e de qualidade e que os telefones móveis estão a ser utilizados adequadamente e para um efeito máximo.

Em Moçambique, a área do projecto para a intervenção tecnológica serão seis dos 12 distritos da província de Inhambane. Todos os supervisores distritais e de unidades sanitárias, bem como os coordenadores APES distritais nos distritos de intervenção, serão capacitados como formadores para executar o sistema APE móvel e fornecer supervisão de apoio para os 150 APES na área. Como no Uganda, Malaria Consortium irá prestar apoio à formação, tanto à formação inicial de formadores e para formadores como a realizar supervisão de apoio.



Lições aprendidas

Sucessos

- Há muito a aprender sobre supervisão dos ASBCs através da revisão de literatura sobre os trabalhadores de saúde, até mesmo onde a evidência é limitada, uma revisão da literatura pode ser útil para reunir ideias e pode dar um contributo importante para a tomada de decisões. Da mesma forma, revisões de literatura de áreas “fora do alvo”, como a do mundo dos negócios pode oferecer uma nova perspectiva e fornecer visões e ideias úteis. O rigoroso processo de revisão, embora demorado, foi fundamental para permitir que equipa inSCALE fizesse alterações valiosas nos pressupostos no início do projecto.
- Logo no início do projecto, foram recolhidos os números de telefone móvel da maioria dos ASBCs (mais de 7.000) formados nos nove distritos de Uganda, o que provou ser um recurso muito útil para a compreensão do acesso dos ASBC às redes de telefones móveis e para a pré-testagem de mensagens SMS. Um call center estabelecido localmente realizou entrevistas telefónicas com ASBC - uma abordagem de grande economia de tempo que substituiu a necessidade de inúmeras visitas de campo.
- Assumir uma visão teórica da motivação e retenção ajuda a identificar inovações e seu efeito potencial, especialmente quando falta evidência. Também ajuda a compreender como as inovações podem funcionar, encoraja o pensamento lateral e fornece uma estrutura para compreender porque certas condições têm, até agora, resultado abaixo das expectativas para os níveis de retenção e motivação ASBC.
- Compreender o contexto do país é fundamental. Os países inSCALE diferem muito nos seus programas ASBC e o trabalho no país tem sido essencial para compreender quais as inovações que podem funcionar e como podem melhor ser incorporados nas estruturas actuais.
- Num projecto de actividades para vários países, as diferenças de cronograma podem ser aproveitadas para permitir a partilha transversal de competências e orientação entre as equipas dos países, trazendo a equipa do projecto do país “secundário” para observação de actividades a decorrer no “primário”.
- Quando se desenvolve um projecto com tantas áreas interligadas e de importância social e clínica, é vantajoso dispor de tempo para envolver e debater ideias com um leque de profissionais com vasta experiência académica e em programas de trabalho com ASBCs.

Desafios

Apesar de Moçambique e o Uganda terem políticas estabelecidas para apoiar a implementação do MICC, verificaram-se alguns desafios operacionais que atrasaram a implementação, especialmente porque a abordagem envolvia incorporar actividades em planos institucionais nacionais e sub-nacionais. Daqui resultou que actividades directamente ligadas à implementação do MICC fossem atrasadas, levando finalmente à implementação de apenas uma vertente de intervenção em Moçambique, nos locais onde os atrasos foram mais marcados.

Desenhar, desenvolver e implementar duas intervenções em dois países simultaneamente é um enorme desafio, e não se deve subestimar a sua morosidade.

Quando se trabalha numa área que tem grande dinamismo, a “multidão” de organizações a trabalhar nesta área – por vezes com objectivos competitivos / semelhantes - podem gerar desafios a obter o patrocínio e apoio dos Ministérios da Saúde para todas as actividades do projecto. Um exemplo específico é a proliferação de projectos piloto em m-Saúde no Uganda, onde mais de 60 projectos decorrem em simultâneo com pouco envolvimento ou coordenação do Ministério da Saúde.



Isto está agora a ser abordado pela formação de um processo liderado pelo governo para criar uma estrutura de e-Saúde para orientar e coordenar a implementação do projecto, e assegurar que as prioridades do governo são abordadas. Isto levou a um atraso na obtenção de aprovação para prosseguir com as actividades do projecto.

Trabalhar em colaboração com uma equipa multi-disciplinar (a equipa inSCALE) de diversas instituições, particularmente à distância, pode ser um desafio e requerer planificação prévia, reuniões presenciais e uma equipa bem organizada e pró-activa. Não se deve subestimar o tempo que demora quando se planifica um projecto, e comunicação à distância fiável e partilha de informação utilizando *software* disponível como as chamadas conferência do Skype deverão ser incorporadas desde o início. Sempre que praticável, e tão cedo quanto possível na vida do projecto, deverá prever-se tempo no plano de trabalho para actividades presenciais para fortalecimento da equipa e clarificação das funções.

Na fase da elaboração da proposta para o projecto inSCALE era impossível prever quanto tempo seria necessário para desenhar, desenvolver e fazer o piloto do protótipo da inovação para a testagem, o que contribuiu para um atraso na implementação das intervenções. O desenho e desenvolvimento também foram atrasados pela necessidade do patrocínio dos intervenientes a nível nacional e sub-nacional para assegurar maiores possibilidades de sucesso na implementação.

Se bem que o envolvimento dos intervenientes no início do projecto seja essencial para o patrocínio e compreensão das oportunidades e limitações específicas do contexto, um desafio com os projectos inovadores que decorrem durante vários anos reside no ambiente político em permanente evolução, em que as ideias consideradas inviáveis em determinada altura, poderiam ser incorporadas na política e implementadas um ou dois anos depois. Enquanto os projectos estão por vezes obrigados pelos doadores a cronogramas fixos, verifica-se a necessidade constante de fazer concessões com a flexibilidade para abordar o contexto no terreno.

e-Saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, e-Saúde é a utilização combinada da comunicação electrónica e a tecnologia da informação no sector da saúde. Inclui utilizar tecnologia de informação e comunicação como os computadores, telefones móveis e comunicações satélite, para os serviços de saúde e informação.

m-Saúde

Em anos recentes, saúde móvel, m-Saúde, emergiu como uma parte importante da e-saúde e define-se como a utilização de comunicação móvel (tal como os telefones móveis) para os serviços de saúde. Os programas de m-Saúde podem servir como o ponto de acesso para introduzir dados dos pacientes nos sistemas nacionais de informação de saúde, e como ferramentas de informação remota que fornecem informação às unidades de cuidados de saúde e trabalhadores de saúde no terreno.



Sobre Malaria Consortium

Malária Consortium é uma organização sem fins lucrativos, líder a nível mundial, especializada no controlo global da malária e de outras doenças transmissíveis - particularmente aquelas que afectam as crianças menores de cinco anos. Malária Consortium trabalha em África e no Sudeste Asiático com as comunidades, agências governamentais e não-governamentais, instituições académicas e organizações locais e internacionais, para garantir que boa evidência suporta a prestação de serviços eficazes.

Áreas de especialização incluem prevenção da doença, diagnóstico e tratamento; controlo e eliminação da doença; fortalecimento dos sistemas de saúde, investigação, monitorização e avaliação, comunicação para a mudança de comportamentos, e defesa e promoção a níveis nacional e internacional.

Uma área de enfoque particular para a organização, é a prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade, particularmente através do manejo integrado de casos. Esta é uma estratégia para a sobrevivência infantil baseada na comunidade, que visa prestar intervenções que salvam vidas de crianças com menos de 5 anos, devido às doenças infantis comuns, onde o acesso às unidades e serviços de saúde é limitado ou não existente. Envolve capacitar e dar apoio a trabalhadores de saúde a nível da comunidade que lhes permita reconhecer, diagnosticar, tratar e encaminhar crianças com menos de cinco anos que sofram dos três "assassinos" mais comuns da infância: diarreia, pneumonia e malária. No Sul do Sudão, também envolve programas para gerir a subnutrição.

Malaria Consortium também apoia nos esforços para combater doenças tropicais negligenciadas (NTD) e procura integrar a gestão das mesmas em iniciativas para a malária e outras doenças infecciosas.

Com 95% do pessoal da Malaria Consortium a trabalhar nas zonas de malária endémica, a visão local da organização e as suas ferramentas práticas dão-lhe a agilidade para responder a desafios críticos rápida e eficazmente. Os apoiantes incluem doadores internacionais, governos nacionais e fundações. Em termos do seu trabalho, Malária Consortium foca áreas com alta incidência de malária e doenças transmissíveis de alto impacto entre as pessoas mais vulneráveis a essas doenças.

www.malariaconsortium.org

Uma jovem mãe em Moçambique
aguarda a sua vez par ver o ASBC
Foto: Ruth Ayisi / Malaria Consortium





REFERÊNCIAS

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS: How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003, 362(9377): 65-71. PMID: 12853204

2. Nanyonjo A, Nakirunda M, Makumbi F, Tomson G, Källander K, the inSCALE Study Group: Community Acceptability and Adoption of Integrated Community Case Management in Uganda. *Am J Trop Med Hyg* 2012, In Press.

3. Strachan D, Kallander K, Asbroek G, Kirkwood B, Meek S, Benton L, Conteh L, Tibenderana J, Hill Z: Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. *Am J Trop Med Hyg* 2012, In Press.

4. Franco, L.M., Bennett, S., & Kanfer, R. 2002. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc.Sci.Med.*, 54, (8) 1255-1266

5. Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A: *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå University; 2007

OUTROS RECURSOS

www.malariaconsortium.org/inSCALE

www.malariaconsortium.org/resources/publications

Malaria Consortium

Development House
56-64 Leonard Street
London EC2A 4LT
United Kingdom

Tel: +44 (0)20 7549 0210

Email: info@malariaconsortium.org

www.malariaconsortium.org



Este material foi financiado pela ajuda do Reino Unido do Governo do Reino Unido, no entanto, as opiniões expressas não reflectem necessariamente as políticas oficiais do Governo britânico.

Desenhado & produzido por
ACW, London, UK
www.acw.uk.com
Outubro, 2012